PIELĘGNIARKA polska



Aleksandra Karmelska i Józefa Cyren, słuchaczki Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa Dziecięcego w Warszawie, w obecności ob. Józefy Gałązka, instruktorki, demonstrują sztuczne karmienie noworodka.

Rok 6 (XVII)
1953

Nr. 7
LIPIEC

PAŃSTWOWY ZAKŁAD WYDAWNICTW LEKARSKICH

TREŚĆ

Содержание

SOMMAIRE

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1-wierszowym, z marginesem 3 cm; 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źródła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 6 (XVII) Lipiec 1953 Nr 7

22 LIPCA
ŚWIĘTO ODRODZENIA

PO raz dziewiąty obchodzimy święto lipcowe — Święto Odrodzenia naszej Ojczyzny, rocznicę dnia, w którym na pierwszym skrawku wyzwolonej ziemi polskiej, w Chełmie, ogłoszony został Manifest PKWN — wielki program przemian społecznych, program budowy nowej Polski, Polski bez kapitalistów i obszarników.

W roku ubiegłym święto lipcowe łączyło się ze szczególnie doniosłym wydarzeniem w życiu naszego narodu — z uchwaleniem nowej Konstytucji, która jest podsumowaniem i prawnym zatwierdzeniem wszystkich naszych osiągnięć, Konstytucji, która jest Wielką Kartą praw i zdobyczy polskiego ludu pracującego.

W tym roku święto lipcowe obchodzimy pod znakiem realizacji czwartego roku planu 6-letniego, dalszej walki o pokój i wzmacnianie Frontu Narodowego.

Już od szeregu lat rocznicę Wyzwolenia czcimy czynem produkcyjnym, wzmożonym wysiłkiem mającym na celu przyśpieszenie wykonania planów produkcyjnych. Pragniemy szybciej wznieść nasze budowle socjalizmu, dać Ojczyźnie więcej węgla, stali, maszyn, więcej cementu i nawozów sztucznych, więcej szpitali i łóżek sanatoryjnych, żłobków, prewentoriów, więcej ubrań i butów, więcej zboża, mleka i mięsa, rozumiemy bowiem, że samo nic się nie zrobi, że socjalizm, że dostatne, piękne i kulturalne życie trzeba zbudować w trudzie i wysiłku.

„Stoi przed nami zadanie — powiedział na VII Plenum Przewodniczący naszej Partii, tow. Bierut — podnieść zacofany do niedawna byt materialny i siły wytwórcze społeczeństwa na najwyższy poziom, jaki może osiągnąć wolny, wyzwolony naród, aby w czasie jak najkrótszym przebudować gospodarkę Polski z zacofanej, jednej z najsłabszych w Europie...“

Z roku na rok kraj nasz staje się bogatszy i piękniejszy dzięki wysiłkowi twórczej pracy całego społeczeństwa, które pod kierownictwem Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej realizuje wytyczne programu Manifestu Lipcowego.

Te właśnie wielkie zadania wykonujemy w naszej codziennej pracy, wbrew i pomimo wielu trudności, trosk i kłopotów. Wykonujemy zadania, które oznaczają nową kartę w dziejach naszego narodu, spełnienia marzeń wielu pokoleń bojowników robotniczych i chłopskich. Pracując dla socjalizmu, dla nowego życia, pracujemy równocześnie dla pokoju, dla zabezpieczenia i utrwalenia wolności i niepodległości naszej Ojczyzny.

TAKŻE i w tym roku Święto Odrodzenia Polski czcimy falą nowych zobowiązań. Obok robotnika walczącego o skrócenie czasu potrzebnego na produkcję, obok chłopa walczącego o lepszą wydajność z ha i wyższą jakość plonów, obok studenta i ucznia podnoszącego swój poziom wiedzy i dyscyplinę nauki, obok żołnierza pracującego nad podniesieniem poziomu swego wyszkolenia

bojowego — staje pracownik służby zdrowia, by swym zobowiązaniem dla uczczenia Święta Odrodzenia przyczynić się do podniesienia poziomu usług świadczonych choremu.

Zobowiązania lekarzy podejmujących się opieki nad zaniedbanymi zdrowotnie odcinkami wiejskimi, zobowiązania personelu fizycznego i technicznego szpitali i sanatoriów, a wreszcie zobowiązania pielęgniarskie — przyniosą służbie zdrowia nowe wielomilionowe oszczędności, przyniosą podniesienie jakości świadczeń dla ludzi, którzy dzisiaj — chorzy, jutro — muszą stanąć do warsztatu pracy w pełni sił i zdrowia.

Liczne zobowiązania pielęgniarskie dotyczą podniesienia jakości świadczeń, oszczędności materiałowej, czy też dotyczące stworzenia choremu lepszego, milszego otoczenia — przyczyniają się do szybszego powrotu chorego do zdrowia, do podniesienia poziomu pracy naszych zakładów leczniczych, zredukowania wydatków, jakie Państwo łoży na zabezpieczenie zdrowia masom pracującym.

Podejmując i dokonując zobowiązania w związku z uczczeniem Święta Odrodzenia, pielęgniarki polskie przyczyniają się do usprawnienia wielkiego organizmu, jakim jest służba zdrowia zbudowana przez masy ludowe i masom tym służąca.

Wciąż rosnące, wraz z rozbudową przemysłu i rolnictwa, potrzeby służby zdrowia, zarówno dotyczące urządzeń leczniczych jak i kadr — wymagają ogromnej sprężystości i ofiarności pracy jej personelu. Ideowe i rzetelne podejście kadr służby zdrowia może na obecnym etapie trudności rozwojowych wyrównać wiele braków i luk, każde więc nowe zobowiązanie pracownicze — służba zdrowia przyjmuje z wdzięcznością, darząc uznaniem wciąż rosnące uświadomienie społeczne swoich pracowników.

Piękne, długofalowe zobowiązania w zakładach służby zdrowia, wprowadzające „pawłowizm dnia codziennego" są zarówno wyrazem zrozumienia doniosłości Święta Odrodzenia, które należy uczcić czynem prawdziwie pięknym i pożytecznym, jak też — przynosząc ogromną ulgę systemowi nerwowemu chorych — stanowią o ich szybszym powrocie do zdrowia, a więc o szybszym i lepszym wykonaniu planu 6-leniego. Podnosząc stan zdrowotny mas pracujących Polski, pracujemy dla zwiększenia naszego potencjału gospodarczego będącego wkładem w ogólnoświatową walkę o pokój.

CODZIENNYM naszym wysiłkiem dokumentujemy i dokumentować będziemy naszą więź z wszystkimi państwami walczącymi o pokój i postęp na całym świecie.

Kierownicy Partii i Związku Radzieckiego, kontynuatorzy dzieła Stalina, oświadczyli nad trumną Stalina, że uważają za swój najświętszy obowiązek wcielać w życie stalinowską politykę pokoju między wszystkimi państwami, niezależnie od ich ustroju.

Towarzysz Malenkow oświadczył z całą jasnością na sesji Rady Najwyższej ZSRR w dniu 15 marca br.:

„W chwili obecnej nie ma takiej spornej lub nierozwiązanej kwestii, której nie można byłoby rozwiązać w drodze pokojowej, na podstawie własnego porozumienia krajów zainteresowanych. Dotyczy to naszych stosunków ze wszystkimi państwami, nie wyłączając naszych stosunków ze Stanami Zjednoczonymi.

Państwa zainteresowane w utrzymaniu pokoju mogą zarówno obecnie jak i w przyszłości być pewne trwałej, pokojowej polityki Związku Radzieckiego".

NARÓD polski jest zjednoczony wolą pokoju. Nieugięcie walczy w obronie pokoju Front Narodowy jednocząc w swych szeregach wielomilionowe rzesze patriotów naszego kraju. Głęboki patriotyzm, który cechuje robotników, chłopów, inteligencję pracującą, znajduje w ich twórczej pracy i codziennej walce w szeregach Frontu Narodowego o wcielenie w życie wytycznych naszej Partii i Rządu zmierzających do stworzenia Polski silnej, Polski bogatej.

Najskuteczniej bronimy pokoju pracując ze wszystkich sił nad wzmocnieniem naszego państwa ludowego — największej zdobyczy i dumy polskich mas ludowych, ostoi niepodległości narodu polskiego.

Nieustanne wzmacnianie siły i potęgi materialnej, obronnej i kulturalnej naszego państwa ludowego, to najświętszy obowiązek każdego obywatela naszego kraju, każdego patrioty miłującego swą Ludową Ojczyznę.

V „TYDZIEŃ ZDROWIA"

Poniżej zamieszczamy tekst przemówienia Ministra Zdrowia, Dr Jerzego Sztachelskiego, wygłoszonego na otwarciu V „Tygodnia Zdrowia" w dniu 14 czerwca br. w Warszawie.

USTRÓJ społeczny naszego kraju i wiedza współczesna otwierają duże możliwości stałego i szybkiego podnoszenia stanu zdrowotnego społeczeństwa.

Socjalizm stawia sobie za cel — człowieka, zaspokojenie jego różnorodnych i ciągle rosnących potrzeb. Nic więc dziwnego, że właśnie w warunkach budującego się socjalizmu sprawy walki o zdrowie nabierają szczególnego znaczenia, stają się przedmiotem szczególnej uwagi oraz troski Partii i Państwa Ludowego.

Nie jest przecież sprawą przypadku, że w historycznym dniu uchwalenia Konstytucji Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej Tow. Bolesław Bierut w swym przemówieniu wygłoszonym w sejmie z naciskiem podkreślił znaczenie ochrony zdrowia „jako jednej z ważniejszych form pomocy Państwa Ludowego dla swych obywateli" i przytoczył liczby świadczące o poważnych i znamiennych dla naszego okresu przemianach, jakie nastąpiły w stanie zdrowotnym społeczeństwa. Dane te były już omawiane i w prasie i w radio, gdyż stanowią ciekawy, niezmiernie charakterystyczny i obiektywny wskaźnik przemian społeczno - ekonomicznych, jakie nastąpiły w naszym kraju. Dziś można dodać, że najnowsze dane dostarczane przez Główny Urząd Statystyczny wskazują na to, że proces stopniowej, lecz stałej poprawy zdrowia pogłębia się i utrwala. Dane charakteryzujące 1952 rok nie upoważniają do wyciągania zbyt daleko idących wniosków, tym niemniej sygnalizują dalszą poprawę w stosunku do okresu lat poprzednich. Wskazują one, że liczba zgonów na 1.000 mieszkańców zmniejszyła się.

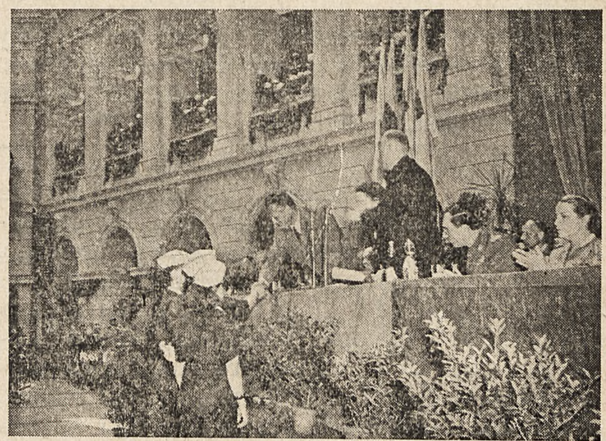
Przyrost naturalny podniósł się do 19,5 na 1.000 mieszkańców, a więc znów do liczby nienotowanej w naszej statystyce ruchu naturalnego ludności. Liczba zgonów niemowląt w pierwszym roku życia na 100 żywo urodzonych spadła z 11,0 w roku 1950 do 9,5 w 1952.

Są to optymistyczne dane, zachęcające do dalszego wysiłku w budownictwie socjalistycznym.

Nie są one przypadkowe. Od szeregu lat trwający stały proces poprawy stanu zdrowotnego jest wynikiem tych głębokich przemian społecznych, które są istotną treścią życia Polski Ludowej.

Służba Zdrowia ma w osiągnięciu poważnej poprawy stanu zdrowotnego ludności również swój niemały udział.

W ciągu kilku lat, jakie minęły od momentu odzyskania niepodległości, służba zdrowia rozrosła się i rozwinęła. Dość przypomnieć, że liczba łóżek szpitalnych na głowę ludności jest obecnie więcej niż dwukrotnie wyższa niż przed wrześniem. Liczba łóżek w sanatoriach jest bezmała czterokrotnie wyższa obecnie niż w roku 1938.



Na zdjęciu widoczna część stołu prezydialnego. Od lewej: Minister Zdrowia, ob. dr Jerzy Sztachelski, wiceprezes Zarz. Gł. PCK, dr Irena Domańska, prezes Zarz. Gł. PCK, dr Jan Rutkiewicz, delegat M.O.N., dr Leo Samet, członek Prezydium Zarz. Gł. PCK, ob. Anna Biernacka.

W roku obecnym osiągniemy liczbę lekarzy 1½ razy wyższą (w stosunku do liczby ludności) niż w Polsce przedwrześniowej. W czwartym kwartale br. przystąpi do pracy przeszło 3.000 felczerów. Szeroki rozwój pogotowia ratunkowego pozwala dotrzeć dziś karetce sanitarnej do najodleglejszej wsi. Sieć położnych gminnych i izb porodowych zagęszcza się, wypierając względnie już nieliczne „babki".

Olbrzymim osiągnięciem Polski Ludowej jest szerokie otwarcie drzwi instytucji ochrony zdrowia dla najszerszych rzesz potrzebujących pomocy.

Szerokie udostępnienie zakładów służby zdrowia osiągnięte na drodze szybkiego wzrostu liczby ubezpieczonych, stosowanie ulg dla małorolnych i średniorolnych chłopów, wprowadzenie bezpłatnych świadczeń w całym szeregu dziedzin pracy służby zdrowia mających szczególne znaczenie społeczne, jak np. choroby zakaźne, weneryczne, umysłowe — zmienią profil służby zdrowia, stawiając ją w służbie mas pracujących.

Powstaje nowy, nieistniejący do niedawna, pion *przemysłowej ochrony zdrowia* szczególnie podkreślający zadanie służby zdrowia wobec klasy robotniczej.

Rosną kadry specjalistów, pracuje już założony w styczniu br. Instytut Dokształcania Kadr Lekarskich. Podnosi się stale poziom fachowy służby zdrowia. Trzeba podkreślić, że medycyna polska posiada wielu wybitnych, wysokiej klasy specjalistów utrzymujących pracę kliniczną na poziomie najwyższych osiągnięć medycyny światowej.

Takie nazwiska jak prof. *Landau, Bross, Manteufel, Gruca, Miodoński* to wybitne pozycje współczesnej medycyny polskiej posiadające ogromny wpływ na ogólny poziom lecznictwa.

Zagadnienie podnoszenia j a k o ś c i pracy służby zdrowia jej fachowej i społecznej treści jest czołowym zadaniem ogniskującym obecnie aktywność służby zdrowia.

Rozwój nauki wzbogaca i rozwija pracę służby zdrowia. W ostatnich tygodniach została uwieńczona powodzeniem, od paru lat prowadzona, praca nad skonstruowaniem nowego, niezwykle cennego aparatu mianowicie e l e k t r o k a d i o g r a f u p r z e s t r z e n n e g o, który pozwoli dokonać wielkiego kroku naprzód w dziedzinie rozpoznawania zmian chorobowych w sercu. Skonstruowali ten aparat, z inicjatywy lekarza dr Kwaczyńskiego — profesor Politechniki Warszawskiej *Keller* i inż. *Ekiel.* Wyprzedzili oni uczonych wielu krajów, którzy od szeregu lat pracowali nad tym zagadnieniem, jednakże bez większych rezultatów.

WYMIENIENIE poważnych, dla przykładu tylko pobieżnie wspomnianych o s i ą g n i ę ć nie oznacza, żeby nasza służba zdrowia nie miała poważnych braków w swej pracy. Ma ich jeszcze wiele.

Nad wieloma ogniskami służby zdrowia ciąży jeszcze dziedzictwo kapitalistycznego okresu i kapitalistycznej mentalności wyrażające się w obojętnym, a czasem nawet bezdusznym stosunku do chorego, do swej pracy.

Istnieją liczne dowody niedostatecznego przygotowania fachowego pewnej części pracowników służby zdrowia, a praca nad poprawieniem tego stanu nie jest jeszcze wystarczająca.

Jest jeszcze wiele niedoskonałości w organizacji pomocy lekarskiej, wiele zjawisk nieporadności i niedostatecznej dyscypliny.

Braki te mają tym większe znaczenie, że są one bardzo dotkliwie odczuwane przez obywatela. Błędy w działalności służby zdrowia zasługują tym bardziej na uwagę, ponieważ wyrządzają szkodę polityczną, przysłaniając te osiągnięcia jakimi służba zdrowia Polski Ludowej może się poszczycić.

W środowisku służby zdrowia prowadzi się walkę z tymi brakami. Dla szybszego i pełniejszego ich wypełnienia niezbędna jest jednak życzliwa i rzeczowa krytyka wszystkich tych, którzy korzystając ze służby zdrowia chcą jej pomóc, przyczynić się do podniesienia poziomu jej pracy. Krytyczny stosunek do służby zdrowia w niczym nie powinien umniejszać szacunku i uznania, jakie wzbudza ofiarna i ideowa większość lekarzy i innych pracowników służby zdrowia.



Przemawia Minister Zdrowia, ob. dr Jerzy Sztachelski.

Trzeba jednak również pamiętać o poważnych trudnościach z jakimi walczy służba zdrowia. Istotą ich jest, **że wzrost potrzeb społeczeństwa w tej dziedzinie jest szybszy niż rozwój służby zdrowia.** Ciąży bowiem na nas jeszcze w poważnym stopniu zacofanie okresu przedwojennego.

W tej sytuacji pracownicy służby zdrowia są poważnie przeciążeni, gdyż jedynie wzmożoną ich pracą można wyrównać wciąż jeszcze odczuwane braki.

Dotychczasowe osiągnięcia służby zdrowia dotyczą przede wszystkim dziedziny lecznictwa, w znacznie mniejszym stopniu p r o f i l a k t y k i.

Pogłębiać i utrwalać osiągniętą poprawę stanu zdrowotnego ludności można przede wszystkim drogą rozwinięcia szerokiej działalności z a p o b i e g a n i a chorobom. Jak nas uczy praktyczne doświadczenie radzieckiej służby zdrowia— do pełnej likwidacji całego szeregu chorób, lub do poważnego ograniczenia innych, można doprowadzić jedynie na drodze szeroko pojętej profilaktyki.

Podstawowymi i niezbędnymi warunkami działalności profilaktycznej jest dotarcie do każdego obywatela i wciągnięcie go do udziału w pracy profilaktycznej.

Podstawową zasadą profilaktyki jest fakt, że nikogo nie można zastąpić w jego trosce o własne zdrowie.

Służba zdrowia wchodzi obecnie w nowy okres, którego cechą charakterystyczną będzie znacznie intensywniejsze niż dotychczas podkreślenie kierunku profilaktycznego.

PIERWSZYM etapem tej długotrwałej pracy będzie szerokie rozwinięcie pracy sanitarno-epidemiologicznej, czyli inaczej i prościej mówiąc podjęcie walki o czystość i porządek.

Trzeba się przyznać, że sprawa czystości była bardzo często niedoceniana i lekceważona, ze mamy tu wiele zaniedbań nieraz nawet rażących, postęp w podnoszeniu się kultury sanitarnej kraju nie odpowiada postępowi osiągniętemu na wszystkich polach budownictwa. Stan ten trzeba radykalnie zmienić, doprowadzić do zdecydowanego przełomu, zaniedbania sanitarne godzą bowiem przede wszystkim w zdrowie człowieka, są podłożem, na którym powstają choroby i zatrucia. Są czynnikiem hamującym lub wypaczającym normalny rozwój organizmu. Walka o kulturę sanitarną w naszym kraju, wiąże się jak najściślej z produkcją i bezpośrednio na nią wpływa. Brudy, brak porządku to zawsze przejaw niskiej dyscypliny, to objaw towarzyszący partactwu w pracy.

Brudy i nieporządek to doskonała pożywka, którą nieraz wykorzystuje wróg klasowy wewnętrzny i zewnętrzny dla sabotażu i dywersji, dla walki z Polską Ludową. Dlatego **walka o czystość, to również sprawa obronności i bezpieczeństwa wewnętrznego.**

Wreszcie walka o wysoką kulturę sanitarną jest odcinkiem walki o podniesienie ogólnej kultury mas pracujących naszego kraju. Jest to więc sprawa nie błaha. Odwrotnie, jest to sprawa, której warto poświęcić uwagę i włożyć niezbędny wysiłek.

To, że błaznowaty premier sanacyjny Sławoj-Składkowski ośmieszał walkę o czystość i porządek nie powinno nas zniechęcać do słusznej i koniecznej troski o podniesienie i ugruntowanie kultury sanitarnej najszerszych mas.

Przełom w dziedzinie czystości i porządku może być dokonany jedynie pod warunkiem podjęcia walki o wykonanie tego zadania przez całe społeczeństwo; postanowienie podniesienia stanu sanitarnego powinno więc dotrzeć do najodleglejszych zakątków naszego kraju.

Główną rolę w kampanii walki o czystość powinna odegrać młodzież. Trzeba również szczególnie szeroko zachęcić do niej kobiety, które mają dla tego zagadnienia szczególnie duże zrozumienie. Praca nad podniesieniem czystości i porządku to ważne zadanie dla wielu komisji Rad Narodowych.

Niezbędnym ogniwem w tej pracy są Komitety Blokowe. Związki zawodowe i rady zakładowe powinny podjąć walkę o wysoką kulturę sanitarną warsztatów pracy i urządzeń wewnętrznych, służących robotnikowi, jak: stołówki, łaźnie, hotele robotnicze.

Polski Czerwony Krzyż powinien przodować innym organizacjom masowym, rozwijając szeroko kampanię walki o czystość, porządek, kulturę higieniczną, szerząc oświatę sanitarną.

W najszerszych rzeszach społeczeństwa powinny ukształtować się wysokie wymagania w dziedzinie kultury sanitarnej, powinna umacniać się postawa niegodzenia się z istniejącymi brakami.

V „Tydzień Zdrowia“ rzuca hasło i moblizuje całe społeczeństwo do walki o czystość, o porządek, o wysoką kulturę sanitarną naszego kraju.

Zdjęcia: J. Smogorzewski

Dr MIECZYSŁAW JUSTYNA

Dokształcamy się na sali operacyjnej

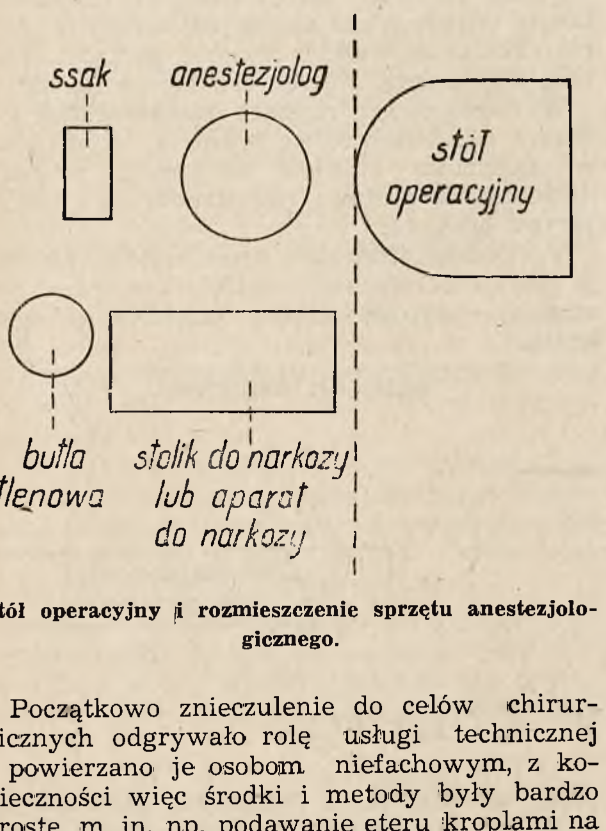
Znieczulenie w chirurgii

ZABIEGI chirurgiczne wykonywano prawdopodobnie od tak dawna, odkąd istniała ludzkość. Od najdawniejszych również czasów usiłowano znaleźć sposób na zniesienie lub uśmierzeniu bólu chirurgicznego. Przez wiele tysięcy lat, w tym celu stosowano środki odurzające, wyciągi różnych roślin, jak mandragora, mak, lulek, konopie indyjskie oraz alkohol, które podawano jako napoje lub pary do wziewań. Znane były również zabiegi miejscowo - znieczulające, jak ucisk nerwu, oziębienie śniegiem i lodem. Środki odurzające jednak w dawkach bezpiecznych dla zdrowia, nie znosiły bólu i odruchów i nie ułatwiały pracy chirurgowi, w większych dawkach zaś powodowały ciężkie zatrucie lub śmierć. Dawkowanie w owych czasach było bardzo trudne wobec niemożności określenia dawki działającej. Wystarczy przypomnieć, że pierwszy alkaloid w postaci czystej — morfinę — wyosobniono i zaczęto stosować około 1820 roku, a strzykawkę wynaleziono dopiero w 1853 roku. Środków odurzających używano w praktyce tylko sporadycznie, często je potępiano, a w końcu wręcz zabroniono. W tych warunkach zakres chirurgii był znacznie ograniczony, wykonywano tylko zabiegi bardzo proste, przeważnie bez znieczulenia, a chirurg był zmu-

szony wykonywać operacje możliwie jak najszybciej. Ból i niebezpieczeństwo zakażenia były główną przeszkodą w rozwoju chirurgii.

ROZWÓJ ANESTEZJOLOGII

Znieczulenie do celów chirurgicznych wprowadzono dopiero w roku 1846, kiedy to odkryto znieczulające własności eteru i wykazano bezpieczeństwo jego stosowania. W ciągu 5 miesięcy metoda znieczulania eterem rozeszła się na cały świat, umożliwiając szybki rozwój nowoczesnej chirurgii. Wkrótce obok eteru, jako środki ogólnie znieczulające, zaczęto stosować chloroform, podtlenek azotu i chlorek etylu. Równolegle do znieczulenia ogólnego zaczął się rozwój znieczulenia miejscowego. W 1884 r. odkryto znieczulające własności k o k a i n y, w roku 1905 zsyntezowano n o w o k a i n ę, a następnie szereg innych środków, z których — obok nowokainy — najczęściej są obecnie w użyciu p a n t o k a i n a i p e r k a i n a (s o w k a i n a).



Stół operacyjny i rozmieszczenie sprzętu anestezjologicznego.

Początkowo znieczulenie do celów chirurgicznych odgrywało rolę usługi technicznej i powierzano je osobom niefachowym, z konieczności więc środki i metody były bardzo proste, m. in. np. podawanie eteru kroplami na maskę z gazy przetrwało do chwili obecnej.

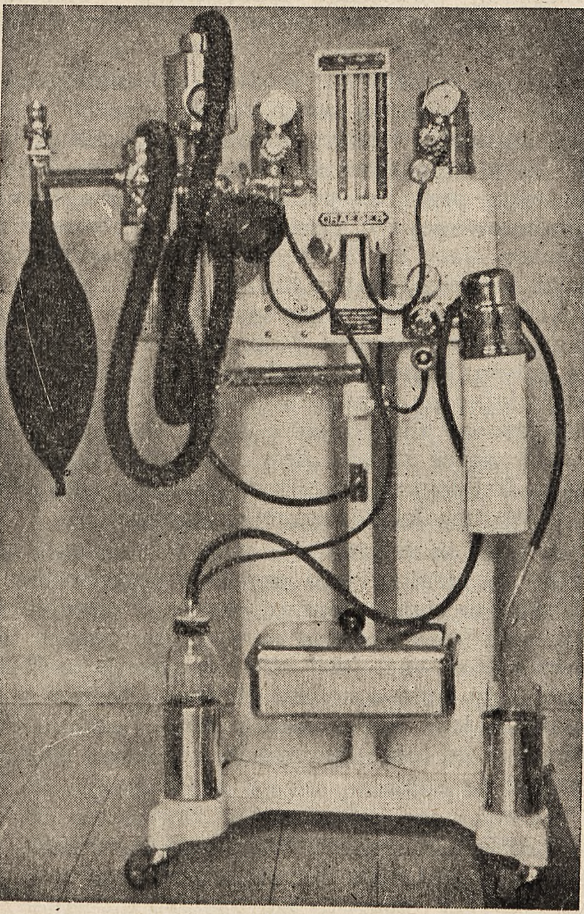
Od początku obecnego stulecia, znieczulanie coraz bardziej zaczęło się wyodrębniać jako oddzielna nauka — a n e s t e z j o l o g i a, oparta na szerokich podstwach fizjologii, patologii i farmakologii, co dało możność wprowadzenia nowych środków, nowych metod i nowoczesnych aparatów tak, że znieczulenie stało się bezpieczniejsze i korzystniejsze dla chorego, a zabieg łatwiejszy dla chirurga. Ostatnie zdobycze anestezjologii umożliwiły chirurgii nowy wspaniały postęp: bezpieczne operowanie na narządach klatki piersiowej — płucach, sercu, dużych naczyniach i śródpiersiu, co do niedawna leżało jeszcze w sferze marzeń.

Odpowiednio do postępu anestezjologii wzrósł zakres czynności i obowiązków lekarza, który przeprowadza znieczulenie. Zadania ciążące na nim wyszły daleko poza ramy samego zniesienia bólu i odruchów. Każde znieczulenie, ogólne czy miejscowe, może stać się niebezpieczne dla życia i spowodować mniejsze lub większe zaburzenia ustroju. Zabieg chirurgiczny, a więc uraz, krwotok, czy nieprzewidziane odruchy wegetatywne, grożą wystąpieniem ciężkiego wstrząsu chirurgicznego. Dodatkowym obciążeniem mogą być schorzenia, jakie pacjent miał już dawniej. Często się zdarza, że zaburzenia, powstałe w związku z zabiegiem operacyjnym i znieczuleniem, a których można było uniknąć, występują dopiero po operacji i uważane są czasem za dowód „słabych sił żywotnych" organizmu.

Zadaniem lekarza, wykonującego znieczulenie jest jak najbezpieczniejsze przeprowadzenie chorego przez okres zabiegu i znieczulenia, z możliwie najmniejszym odchyleniem od stanu fizjologicznego. Dla wykonania tego zadania potrzebna jest znajomość wielu gałęzi medycyny oraz umiejętność wykonywania specjalnych czynności i zabiegów. Do nich należą: przygotowanie chorego przedoperacyjne, leczenie płynami (krwią, plazmą, elektrolitami), leczenie wziewaniem (tlen, hel, aerosole), zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym, odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych (toaleta tchawiczo-oskrzelowa), wziernikowanie krtani (laryngoskopia) i oskrzeli (bronchoskopia) zakładanie rurek do tchawicy itp. Ani chirurg, ani pielęgniarka nie mają odpowiedniego przygotowania do tak szerokiego i odpowiedzialnego zakresu czynności. Powstaje niewątpliwa potrzeba lekarza specjalisty — a n e s t e z j o l o g a. Nie jest jednak ani możliwe, ani celowe, aby każde znieczulenie w ogóle przeprowadzał właśnie taki specjalista. Wobec dużej ilości operacji, jakie się wykonuje, znieczulenie ogólne (narkoza) do zabiegów mniejszych i prostych, musi być w dalszym ciągu powierzane personelowi pomocniczemu, a więc lekarzom - asystentom, pielęgniarkom lub felczerom, którzy jednak powinni pracować pod fachowym kierunkiem anestezjologa.

Przełom w kierunku nowoczesnego znieczulenia w naszym kraju nastąpił po II wojnie światowej, po odzyskaniu niepodległości. Mamy obecnie lekarzy kształcących się w anestezjologii, nowoczesny sprzęt, środki i aparaty, by sprostać nowym potrzebom chirurgii, nowym potrzebom życia. Z tym wiążą się jednak pewne trudności. Jeśli chodzi o pielęgniarki chirurgiczne i personel pomocniczy, to należy stwierdzić, że ich kwalifikacje odnośnie znieczulania są niedostateczne. Przyczyny tego, to: 1) za małe wiadomości z dziedziny znie-

czulania chirurgicznego wyniesione ze szkoły pielęgniarskiej, 2) szybki postęp anestezjologii, 3) pewna niechęć, brak zainteresowania czy niedocenienie roli znieczulenia, co być może wynika głównie z dwóch pierwszych powodów.



Aparat do znieczulania ogólnego Draeger'a.

Praca na sali operacyjnej jest pracą zespołową. Od zharmonizowanego wysiłku członków całego zespołu: chirurga, anestezjologa, pielęgniarki i personelu pomocniczego — zależą pomyślne rezultaty, osiągnięcie wspólnego celu — dobra operowanego. Pielęgniarka powinna być przygotowana nie tylko do pomocy chirurgicznej, lecz także znać się i na anestezjologii. Do pielęgniarki chirurgicznej należy przygotowania wszystkiego do znieczulenia: wyjaławianie, konserwacja i przechowywanie sprzętu, pomaganie anestezjologowi w jego czynnościach, jeśli ten nie ma specjalnego asystenta, udział w leczeniu płynami i tlenem, pomoc przy „budzeniu chorego", przy odsysaniu wydzieliny z dróg oddechowych itp., wreszcie pielęgniarka powinna umieć osobiście przeprowadzać proste znieczulenia ogólne, przede wszystkim eterem i chlorkiem etylu, a także znać zasadnicze powikłania w czasie znieczulenia i umieć je zwalczać. Dla zrealizowania tych postulatów należałoby podnieść poziom wykształcenia anestezjologicznego pielęgniarek już w szkole pielęgniarskiej, a następnie kontynuować szkolenie drogą odpowiednich kursów, wykładów, konsultacji w ośrodkach, gdzie są odpowiedni specjaliści. Należy wreszcie wykorzenić przesąd, jakoby znieczulenie to rzecz mało ważna i łatwa; jest często ważniejsze i trudniejsze niż sam zabieg chirurgiczny.

RODZAJE ZNIECZULENIA

Znieczulenie chirurgiczne *(anesthesia chirurgica)* zawiera w sobie zniesienie czucia bólu *(analgesia)* i zniesienie odruchów *(areflexia)*. Znieczulenie chirurgiczne dzielimy na dwa zasadnicze rodzaje: 1) znieczulenie ogólne *(anesthesia generalis)* i 2) znieczulenie miejscowe *(anesthesia localis)*.

Znieczulenie ogólne wywołuje się przez podanie środków, działających na ośrodkowy układ nerwowy, jak eter, chloroform, chlorek etylu, podtlenek azotu, cyklopropan lub związki kwasu barbiturowego, które działając na mózg i rdzeń kręgowy, powodują utratę świadomości, zniesienie czucia (w tym i czucia bólu) oraz zniesienie odruchów. Czynność rdzenia przedłużonego nie ulega większym zmianom, dzięki czemu oddychanie i krążenie są zachowane.

Znieczulenie miejscowe powstaje wskutek zadziałania roztworów takich środków, jak nowokaina, pantokaina i perkaina na różne odcinki nerwów obwodowych, czy to na korzonki tuż przy wyjściu z rdzenia kręgowego (znieczulenia rdzeniowe), czy na pień nerwu (znieczulenia przewodowe), czy też na same zakończenia nerwowe (znieczulenie nasiękowe). Znieczulenie miejscowe obejmuje tylko ograniczony teren operacji, natomiast przytomność jest zachowana, gdyż środek znieczulający na mózg nie działa. W okolicy znieczulonej nie wszystkie czucia są zniesione, czucie dotyku zwykle pozostaje.

Podział znieczulenia ogólnego zależy od drogi, jaką środki znieczulające przenikają do ustroju, zaś znieczulenie miejscowe — od odcinka, w którym środek znieczulający działa na nerw obwodowy.

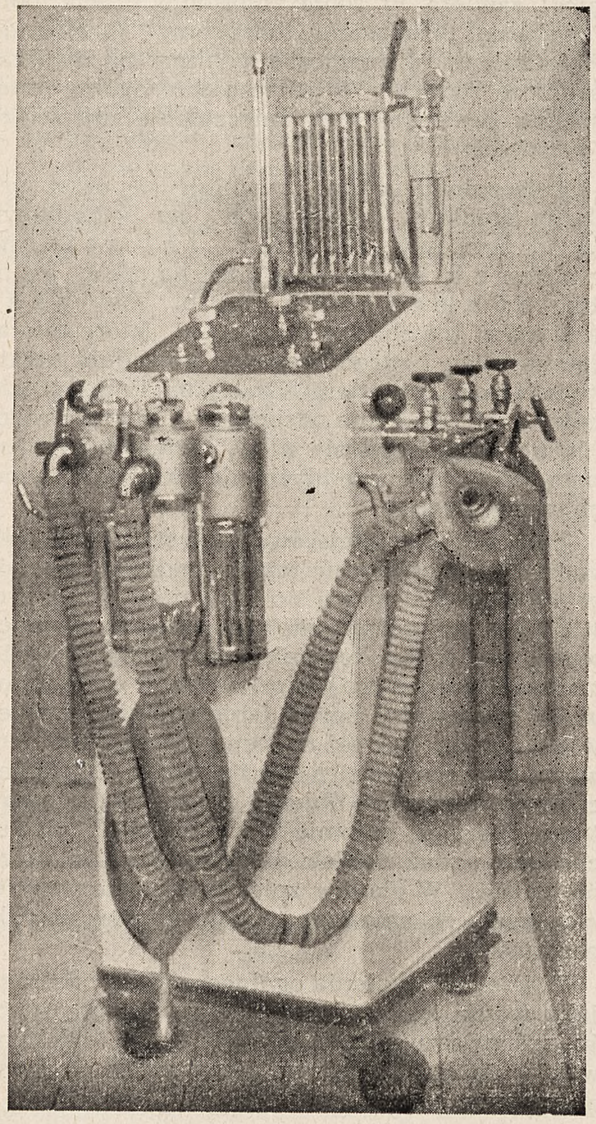
Znieczulenie

Znieczulenie ogólne
(anaesthesia generalis)

1. wziewne,
2. donaczyniowe dożylne doszpikowe,
3. doodbytnicze,
4. doustne,
5. podskórne, domięśniowe,
6. dootrzewne.

Z n i e c z u l e n i e   m i e j s c o w e
(anaesthesia localis)

1. rdzeniowe,
2. nadoponowe,
3. przykręgowe,
4. przewodowe okołonerwowe lub splotowo donerwowe,
5. ostrzykiwanie odcinkowe,
6. ostrzykiwanie nasiękowe,
7. ostrzykiwanie powierzchniowe,
8. ostrzykiwania inne.



Aparat do znieczulania ogólnego „Vatra 3".

Ze wszystkich rodzajów znieczulenia tylko wziewne i miejscowe odpowiadają całkowicie wymaganiom znieczulenia chirurgicznego; inne mogą być uważane za znieczulenie pomocnicze.

Przy wyborze sposobu znieczulenia musimy mieć zawsze na względzie trzy zasady i spełniać je w następującej kolejności: 1) bezpieczeństwo chorego, 2) wygoda chirurga, 3) wygoda chorego. Pierwsza zasada jest ważniejsza od drugiej, a druga od trzeciej. Od tego nie należy nigdy odstępować mimo, że życzenia chorych mogą być nieraz inne. Np. znieczulenie dożylne jest dla chorego przyjemne, ale niedostateczne i niebezpieczne przy zabiegach w jamie brzusznej, natomiast znieczulenie eterowe, choć mniej przyjemne, będzie tu korzystniejsze.

Nie ma idealnego środka znieczulającego, każdy bowiem ma swoje zalety i wady. Aby wyeliminować wady, a spotęgować zalety, łączy się z sobą kilka środków i sposobów znieczulenia, przez co powstaje tzw. **znieczulenie kombinowane.** W tym celu np. znieczulenie dożylne łączy się z miejscowym, a podtlenek azotu i cyklopropan z kurarą.

Kurara i środki kuraropodobne nie są środkami znieczulajacymi, lecz powodują zwiotczenie mięśni i zniesienie odruchów, dzięki czemu pozwalają na zastosowanie płytkiego, nietoksvcznego znieczulenia, które, choćby trwało nawet szereg godzin, daje mniejsze zaburzenie stanu fizjologicznego niż dawniejsze, głębokie a krótkotrwałe znieczulenie eterowe.

Związki barbituratowe, jako znieczulenie dożylne są idealne, jeśli chodzi o wprowadzenie chorego w stan nieprzytomności i wywołanie tzw. „narkozy podstawowej". Nie należy ich jednak stosować, jeśli chcemy przejść później na znieczulenie wziewne eterem. W tym wypadku należy zastosować chlorek etylu, podtlenek azotu lub cyklopropan, a dopiero później przejść na eter.

PRZEBIEG I OBJAWY FIZJOPATOLOGICZNE ZNIECZULENIA

Aby prawidłowo wykonać znieczulenie ogólne, należy dokładnie znać jego przebieg i objawy fizjopatologiczne. Przebieg ten przy różnych narkozach jest podobny, ale najwyraźniejszy przy podawaniu eteru metodą otwartą kroplową. Dzielimy go według Guedel'a na cztery okresy, w przebiegu których stopniowo zanikają poszczególne czucia i odruchy.

I. Okres bezbolesności
— cechuje się niewrażliwością na ból, przy zachowaniu innych wrażeń, jak słuch, dotyk, węch itd. W tym stanie można wykonać drobne i krótkie zabiegi, jak zmiana bolesnego opatrunku, nacięcie ropnia lub usunięcie zęba. Okres bezbolesności wyraźnie zaznacza się przy N_2O, chloroformie, chlorku etylu, trójchloretylenie, zaś mniej wyraźnie — przy eterze.

II. Okres podniecenia — cechuje się utratą przytomności, podnieceniem ruchowym (wybitnie zaznaczone przy narkozie eterowej u alkoholików), nieregularnym oddechem i wzmożonymi odruchami na różne bodźce. W tym okresie nie wolno wykonywać żadnego zabiegu, ani nawet dotykać chorego, trzeba jedynie pilnować, by nie wyrządził sobie szkody.

III. Okres znieczulenia chirurgicznego — zaczyna się od wystąpienia równego, głębokiego, automatycznego oddechu i zniknięcia odruchu powiekowego (zanika opór, przy podnoszeniu powieki palcem), a kończy się na ustaniu czynności oddechowej. W tym okresie wykonuje się wszelkie zabiegi chirurgiczne.

Okres ten zależnie od głębokości znieczulenia dzielimy na cztery stopnie (fazy):

S t o p i e ń 1: od początku III okresu do zaniku ruchów gałek ocznych. W tym stanie wykonuje się zabiegi, które nie wymagają zwiotczenia mięśni, jak wycięcie tarczycy i sutka, operacje mózgowe i plastyka skóry.

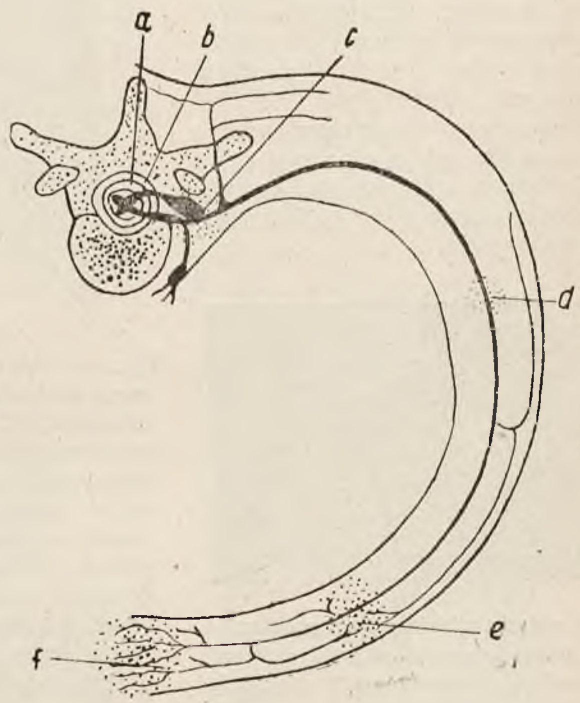
S t o p i e ń 2: od ustąpienia ruchów gałek ocznych do początku rozkojarzenia ruchów oddechowych klatki piersiowej i przepony; ruchy klatki piersiowej i przepony są jednoczesne, choć stopniowo coraz mniej rozległe niż w stopniu 1. W połowie stopnia 2 znika odruch rogówkowy, którego nie należy jednak badać palcem (uraz, zakażenie), lecz kawałeczkiem czystej gazy. W tym stanie wykonuje się: amputacje kończyn, operacje przepuklin, zabiegi urologiczne, ginekologiczne, okulistyczne, zabiegi w dolnej części brzucha i gardzieli.

S t o p i e ń 3: od początku osłabienia ruchów klatki piersiowej do całkowitego ich ustania. Cechą charakterystyczną są tu wcześniejsze ruchy przepony niż klatki piersiowej, która jakby się „spóźnia". W połowie trwania 3 stopnia znika reakcja źrenicy na światło. W tym stanie wykonuje się zabiegi na drogach żółciowych, operacje przepuklin brzusznych, zabiegi na odbytnicy i położnicze, wymagające zwiotczenia macicy.

S t o p i e ń 4: od całkowitego porażenia ruchów klatki piersiowej do całkowitego porażenia ruchów przepony. Stwierdza się zupełne zwiotczenie wszystkich mięśni brzucha i zniesienie wszelkich odruchów. Początek tego stopnia może być wykorzystany do niektórych zabiegów w nadbrzuszu, zasadniczo jednak należy unikać tak głębokiego znieczulenia, ze względu na grożące porażenie oddechu.

IV. Okres ustania czynności oddechowej, który kończy się ustaniem czynności serca i śmiercią. Okres ten trwa zależnie od zapasu tlenu w ustroju, przy znieczuleniu eterowym około 5 minut. Jest więc jeszcze dość czasu, by wszcząć czynności ratownicze, tj. podawać choremu tlen i wykonywać sztuczny oddech. Przy innych środkach znieczulających okres ten jest znacznie krótszy, a zatrzymanie czynności serca może wystąpić nawet wcześniej niż zatrzymanie oddechu (chloroform, cyklopropan, chlorek etylu), dlatego środki te nie są tak bezpieczne jak eter. Oczywiście do okresu IV nie należy rozmyślnie dochodzić, zdarza się to raczej przypadkowo na skutek błędu i przedawkowania środka znieczulającego.

Jeśli po dojściu do końca okresu III zmniejsza się stopniowo ilość i stężenie eteru — chory będzie przechodził po kolei wszystkie okresy w porządku odwrotnym i w końcu obudzi się. Czas budzenia się jest tym krótszy, im płytsze i krótsze znieczulenie.



a) znieczulenie rdzeniowe, b) znieczulenie nadoponowe, c) znieczulenie przykręgowe, d) znieczulenie przewodowe, e) znieczulenie odcinkowe, f) znieczulenie nasiękowe.

Zdjęcia: Foto A. Wiernicka

d. c. n.

W SZEREGACH ZZPSZ WALCZYMY O POSTĘP,

POKÓJ I SOCJALIZM

DOC. DR WIT RZEPECKI

Zewnątrzopłucna odma

RYS PORÓWNAWCZY Z ODMĄ ŚRÓDOPŁUCNĄ

DLA właściwego zrozumienia zadań pielęgniarek przy leczeniu gruźlicy odmą zewnątrzopłucną — niezbędne jest podanie samej istoty tego zabiegu oraz omówienie jego pokrewieństwa z odmą śródopłucną (piersiową). Zarówno odma śródopłucna jak zewnątrzopłucna są zabiegami należącymi do działu chirurgii, wykonywanymi w warunkach jałowych (ryc. 1).

Oba zabiegi są stosowane w leczeniu zmian gruźliczych (jama, naciek), umiejscowionych zwłaszcza w górnych płatach płuc i to u osobników młodych, chorujących od niedawna, oba te zabiegi można stosować obustronnie u chorych, których oba szczyty lub oba górne płaty są dotknięte gruźlicą.

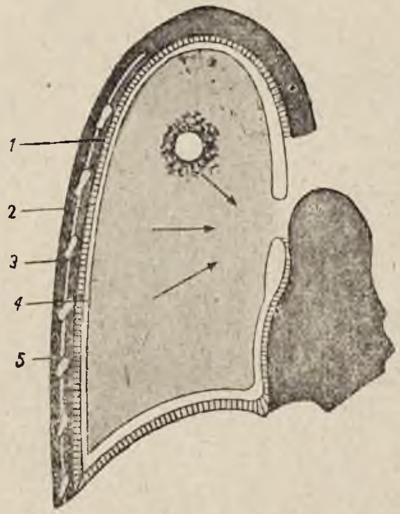


Na zdjęciu widzimy pole operacyjne, obłożone kompresami, haki odciągają łopatkę, a operujący chirurg (widać jego lewą rękę) płucze gorącym roztworem soli fizjologicznej już wytworzoną komorę odmy.

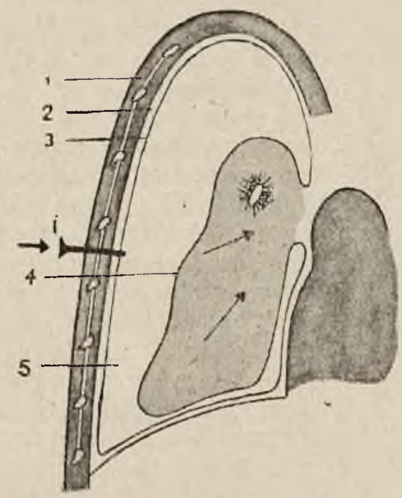
Fot. A. Domalewski

Ciśnienia

Zasada działania w obu rodzajach odmy jest właściwie ta sama, bowiem zarówno przy odmie śródopłucnej jak i zewnątrzopłucnej powietrze, stale uzupełniane dopełnianiem komory odmowej, uciska chore części płuca. W odmie jednak piersiowej-śródopłucnej ciśnienie powietrza jest ujemne, tzn. waha się po dopełnieniu około zera, w odmie zaś zewnątrzopłucnej używamy ciśnienia wyższego, tzn. dodatniego, dochodzącego do plus 15 lub plus 20 ml słupa wody.



Ryc. 1a. Stan przed wytworzeniem odmy śródopłucnej. 1. Ściana klatki piersiowej. 2. Wiotka tkanka zewnątrzopłucna. 3. Listek ścienny opłucnej. 4. Listek trzewny opłucnej. 5. Jama opłucna (w rzeczywistości oba listki przylegają ściśle do siebie). Ciśnienie ujemne w jamie opłucnej przytrzymuje płuco przy ścianie klatki piersiowej i przeciwdziała siłom dośrodkowym tkanki elastycznej płuca działającym w kierunku wnęki (strzałki).



Ryc. 1b. Stan po wytworzeniu odmy śródopłucnej. Po wpuszczeniu przez igłę (1) powietrza pomiędzy oba listki opłucnej powstała komora odmowa. Ciśnienie ujemne w jamie opłucnej zmniejszyło się i siły dośrodkowe tkanki elastycznej płuca (strzałki) przeważyły, nastąpił zapad płuca w kierunku wnęki. Odmę śródopłucną uzupełnia się stale do ciśnień ujemnych, nie przekraczających zera. Opis jak ryc. 1a.

Ciśnienie większe nie jest, jak mówimy, fizjologiczne, tzn. może niepotrzebnie drażnić tkanki, wywoływać ujemne odczyny (np. wysięki). Ponadto duże ciśnienie końcowe np. plus 40 do plus 60 ml. słupa wody utrzymuje się jedynie przez krótki okres po dopełnieniu i schodzi w kilka godzin do ciśnienia lekko dodatniego tak, że niesłuszne byłoby stosowanie bardzo wysokiego ciśnienia w przekonaniu, że trwa ono długo i powiększa proporcjonalnie zamierzony zapad płuca.

Istnieje też inna różnica między obu rodzajami odmy i to w samym zapadzie płuca, który w odmie piersiowej dotyczy wszystkich płatów choć w różnym stopniu (najbardziej jest zwykle zapadnięty płat górny, najmniej płat dolny), natomiast w odmie zewnątrzopłucnej zapad jest jeszcze bardziej wybiórczy, tzn. dotyczący tylko chorej części płuca. W tym drugim wypadku chirurg wybiera chore miejsce (z jamą), które ma być poddane zapadowi i tylko w tym miejscu oddziela płuco, które następnie zapada się. Chirurg wytwarza komorę, która

jest niczym innym jak dużą owalną banią powietrza uciskającą przez kilka lat chorą część płuca, a więc zwykle płat górny.

Tym samym zewnątrzopłucna odma nie zmniejsza pojemności życiowej chorego w takim stopniu jak odma piersiowa zwykła, nie zmniejsza rezerw oddechowych człowieka, gdyż w około 1/4 przypadków pojemność oddechowa po operacji odmy zewnątrzopłucnej jest większa niż przed zabiegiem. Właśnie dlatego, że odma zewnątrzopłucna jest tak wybiórcza i nie wpływa ujemnie na pojemność życiową — możemy wykonać ją — w przeciwieństwie do torakoplastyki — obustronnie, podobnie jak to często robimy z odmą śródopłucną.

Umiejscowienie komory powietrznej

Obie odmy różnią się od siebie warstwą, w której stwarzamy komorę powietrzną dla przyszłych dopełnień.

W odmie śródopłucnej lekarz końcem igły wstrzykuje powietrze do wolnej jamy opłucnej, powietrze to rozchyla oba listki opłucnej, ciśnienie ujemne w worku opłucnej zmniejsza się, a płuco dzięki swej elastyczności, jak pęknięta dętka w oponie samochodowej lub sportowej piłce, samo się zwija, zapada się wokół wnęki.

W zewnątrzopłucnej odmie zewnętrzny listek opłucnej pozostaje przyklejony do płuca wraz z listkiem trzewnym, a komorę dla przyszłych dopełnień stwarzamy na zewnątrz od całego worka opłucnej. Worek opłucnej obejmujący płuco nie zostaje przerwany, a tylko oddalony od ścian klatki piersiowej w zakresie górnego płata. Mówimy więc dlatego, że wytwarzamy odmę zewnątrzopłucnie, stąd też nazwa odma zewnątrzopłucna.

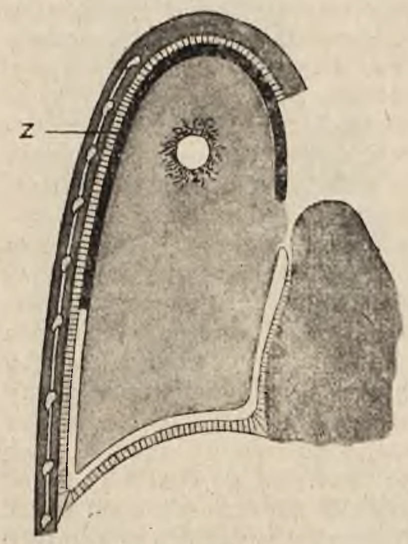
Za odpowiednie do założenia odmy zewnątrzopłucnej uważamy te przypadki, w których jama gruźlicza jest położona zdala od powierzchni płuca. Operując tylko takie przypadki — unikamy przebicia płytko leżącej jamy do komory zewnątrzopłucnej. Położenie jamy ustalamy zdjęciami tomograficznymi czyli warstwowymi, które wskazują nam czy jama leży płytko czy głęboko. Tomografia bowiem zezwala nam na wykonanie zdjęć na ściśle określonej głębokości płuca. Na zdjęciu widać wówczas szczegóły znajdujące się tylko w danej warstwie. Tak np. w cięciu 9 cm widzimy na zdjęciu tylko miąższ płuca, a nie widać cienia żeber leżących od tyłu i przodu.

Odmę zewnątrzopłucną stosujemy tam gdzie powstały zrosty uniemożliwiające odmę śródopłucną, gdzie worek opłucny jest zarośnięty, gdzie, jak mówimy, odma piersiowa zwykła „nie poszła" i nie dała się wytworzyć.

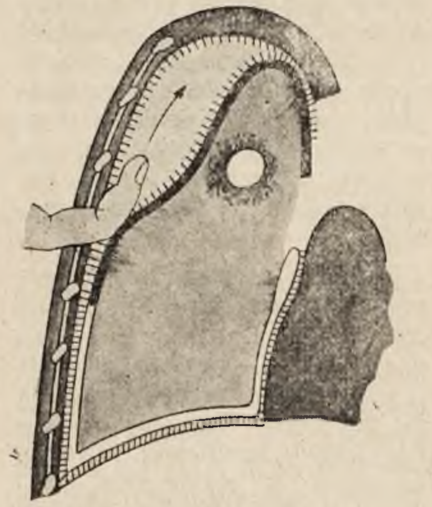
POWIKŁANIA

Odma kombinowana

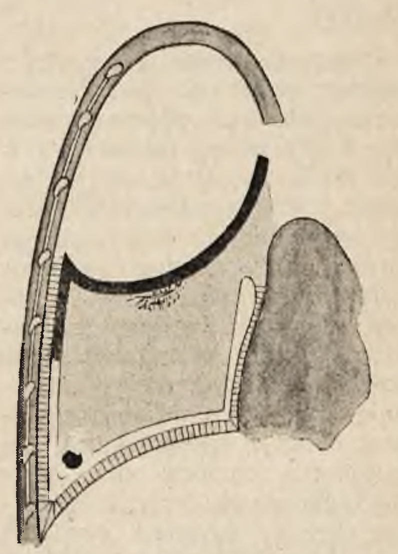
Niekiedy przy operacji zewnątrzopłucnej odmy mimo woli przerywamy ten worek, jeśli jest on niezarośnięty, a listek opłucny zewnętrzny jest bardzo cienki i wtedy powstaje powi-



Ryc. 2a. Stan przed wytworzeniem odmy zewnątrzopłucnej. Jama opłucna na znacznej przestrzeni zarośnięta po przebytym stanie zapalnym, który objął oba listki opłucnej. Wytworzenie odmy śródopłucnej niemożliwe. Z = zarośnięte listki opłucnej.

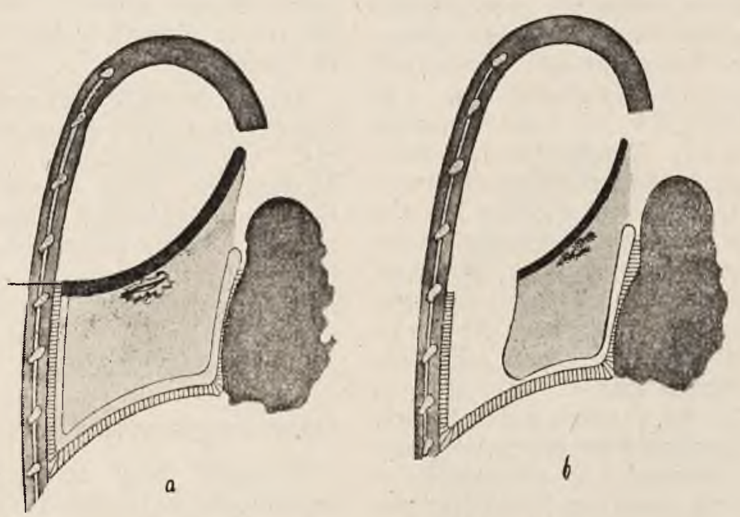


Ryc. 2b. Po wycięciu okienka w IV lub V żebrze chirurg palcem i tamponem z gazy oddziela zrośnięte listki opłucnej od ściany klatki piersiowej preparując w warstwie wiotkiej tkanki zewnątrzopłucnej.



Ryc. 2c. Stan po wytworzeniu odmy zewnątrzopłucnej. Bania powietrza umieszczona w przestrzeni zewnątrzopłucnej uciska wybiórczo na chorą część płuca. Odmę zewnątrzopłucną uzupełnia się stale do wysokich ciśnień dodatnich (około + 20 ml słupa wody).

kłanie polegające na nieumyślnym połączeniu sztucznie stworzonej komory zewnątrzopłucnej z wnętrzem worka opłucnej. Powstaje wtedy tzw. odma połączona czyli k o m b i n o w a n a, którą niekiedy wytwarzamy nawet umyślnie, jeśli chodzi nam o uzyskanie odmy c a ł k o w i t e j, tzn. uciskającej całe płuco, a nie tylko płat górny.



Ryc. 3. W toku operacji może powstać mostek (m) pomiędzy zarośniętą a niezarośniętą częścią jamy opłucnej. Po przecięciu tego mostka łączy się wytworzona komora odmy zewnątrzopłucnej z jamą śródopłucną i powstaje odma kombinowana uciskająca całe płuco.

Skrzepy

Częstym zjawiskiem w odmie zewnątrzopłucnej jest krwawienie, które nie zdarza się prawie nigdy po wytworzeniu odmy śródopłucnej. Krew pochodząca z dużej powierzchni rany powstałej przy zabiegu miesza się z wysiękiem pooperacyjnym, powstaje wysięk krwawy, który usuwamy przez nakłucie klatki piersiowej. Jeśli obfity wysięk krwawy skrzepnie, s k r z e p usuwamy podczas drugiej operacji, tzw. torakotomii, komora odmy staje się znów czysta i sucha. Mniejsze skrzepy możemy zwalczyć przez zastosowanie specjalnych leków, posiadających zaczyny rozpuszczające włóknik, zwane s t r e p t o k i n a z ą i s t r e p t o d o r n a z ą.

Odma samoistna

Powikłaniem natomiast w odmie śródopłucnej przy samym zabiegu może być pęknięcie płuca lub naddarcie zrostu u jego podstawy i nagły duży zapad płuca, jakiego nie zamierzamy, a który powstaje skutkiem szybkiego dopełnienia odmy drogą przez małe oskrzela (odma samoistna).

Wysięki i ropniaki

W obu rodzajach odmy zjawia się dość często w y s i ę k odmowy w komorach, jest to wysięk surowiczy, jasny, który występuje do 60% przypadków w odmie śródopłucnej, zaś w około 40% w odmie zewnątrzopłucnej. Gdy wysięk narasta — usuwamy go nakłuciem, jest to „utrzymywanie suchej komory odmy w jej prowadzeniu".

Również w obu rodzajach odmy spotykamy swoisty (gruźliczy) r o p n i a k o p ł u c n e j, gdy — wysięk z przejrzystego, surowiczego zamienia się na mętny, opalizujący, gęsty, barwy kremowej lub zielonkawej. W płynie tym znajdują się prątki Kocha. Ropniak powstaje na skutek zakażenia komory odmowej prątkami, które najczęściej pochodzą z ogniska leżącego tuż pod powierzchnią płuca. Jeśli przebiciu ulega nie takie ognisko, ale niezgojona jama gruźlicza, wtedy powstaje ropniak z p r z e t o k ą o s k r z e l o w ą, a pęknięta jama łączy odmę ze światem zewnętrznym przez drzewo oskrzelowe. W takim wypadku komora odmy jest nie tylko zakażona i wypełniona płynem ropnym, ale dopełnia się sama, powietrze bowiem przy wdechu wchodzi do komory przez przetokę.

Ropniakowi opłucnej towarzyszą zwykle objawy ogólne, jak wysoka ciepłota ciała, poty, spadek wagi, utrata łaknienia, złe samopoczucie, a w razie przetoki chory przy specjalnym ułożeniu (zwykle na boku zdrowym) zaczyna przez przetokę odkrztuszać zawartość komory drogą przez oskrzela i tchawicę.

Ropniak przy odmie zewnątrzopłucnej w porównaniu z ropniakiem przy odmie śródopłucnej ma zarówno charakter jak i przebieg o wiele ł a g o d n i e j s z y. Ropniak i przetoki w odmie zewnątrzopłucnej są zjawiskiem coraz rzadszym dzięki stosowaniu antybiotyków oraz dzięki doborowi odpowiednich przypadków.

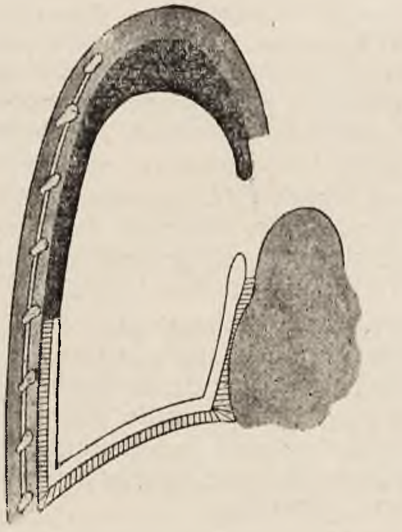
OTOK OLEJOWY

Dobór przypadków z jamami położonymi głęboko, w środku miąższu dozwala na stosowanie tzw. o t o k u o l e j o w e g o, zabiegu polegającego na wypełnieniu komory odmy olejem parafinowym lub oliwą, niekiedy z dodatkiem gomenolu (substancji o charakterze oleju żywiczego). Gdyby jama leżała płytko ucisk oliwy, przy równoczesnym rozprężeniu się płuca i przy wzmożeniu ciśnienia panującego w komorze, mógłby spowodować pęknięcie jamy lub jej przebicie, a chory w tym wypadku mógłby wypluć oliwę na zewnątrz, co groziłoby zakażeniem zdrowych części płuca. Natomiast w jamach położonych centralnie i już zamkniętych, otok olejowy nie stwarza niebezpieczeństwa przebicia i dlatego możemy go zastosować zamiast dopełnienia powietrzem.

Otok olejowy wykonujemy u chorych, którzy, mają małą i trudną do dopełniania komorę

odmy, albo też u chorych, którzy mieszkają daleko od przychodni. Otok olejowy stosujemy również w przypadkach łagodnych ropniaków swoistych komory odmy zewnątrzopłucnej, które są oporne na leczenie antybiotykami, dając do oleju wspomniany gomenol. Wreszcie, kiedy komora odmy zewnątrzopłucnej szybko zarasta również możemy do komory wlać oliwę, która w tym wypadku zapobiega zmniejszeniu się komory.

O wiele rzadziej stosujemy otok olejowy w odmie śródpłucnej, gdzie przetoki będące następstwem przebicia oliwy są o wiele częstsze, gdyż tutaj oliwę odgradza od płuca, a tym samym od ognisk gruźlicznych znajdującym się w nim, tylko cienka opłucna trzewna przykrywająca płuco. W odmię natomiast zewnętrznopłucnej oliwę oddziela od płuca warstwa obu listków opłucnej, których zewnętrzna powierzchnia grubieje ponadto z biegiem czasu i staje się silniejsza.



Ryc. 4. Stan po zakończeniu odmy zewnątrzopłucnej. Znaczne zgrubienie opłucnej szczególnie w okolicy szczytowej, „czapka" zgrubiałej opłucnej nałożona na szczyt.

Komora w każdej odmie zewnątrzopłucnej zmniejsza się w ciągu pierwszych 2 do 3 miesięcy po zabiegu wskutek stopniowego podrastania płuca o jedno międzyżebrze. Mówi się wówczas: „odma podrasta od strony dna komory". Później to zmniejszanie komory ustaje. Jest to tzw. fizjologiczne zmniejszanie się komory odmy. W razie dalszego podrastania, powstaje niebezpieczeństwo zupełnego zrośnięcia komory i wtedy jak wspomniano używamy otoku olejowego.



Operacja odmy zewnątrzopłucnej skończona, lekarz dopełnia odmę po raz pierwszy, igła wkłuta wysoko w pasze chorego, pielęgniarka trzyma aparat odmowy.
Fot. A. Domalewski

PROWADZENIE ODMY

Odmę zewnątrzopłucną dopełniamy po raz pierwszy na stole operacyjnym, po zakończeniu zabiegu, następnie zaś kilka razy w pierwszym tygodniu pooperacyjnym, zależnie od stopnia zapadu i wyniku prześwietlenia, przechodząc szybko na dopełnienia 1 raz w tygodniu.

Już po upływie 3 miesięcy dopełniamy odmę raz na 10 do 14 dni.

Zarówno odma śródopłucna jak i zewnątrzopłucna winny być prowadzone przez szereg lat, co najmniej 2 do 3. Otok olejowy trwa znacznie dłużej. Niekiedy oba rodzaje odmy kończą się przed zamierzonym terminem, gdyż nie mamy skutecznego środka na powstrzymanie zarastania komory i rozprostowywanie się płuca; walka z zarastaniem podjęta zbyt ostro i radykalnie jest przeciwwskazana.

Naogół biorąc, w około 60% przypadków odmy zewnątrzopłucnej, możemy ją utrzymać przez dostatecznie długi okres czasu potrzebny do wyleczenia gruźlicy płuc.

Po zakończeniu zewnątrzopłucnej odmy nie uzyskujemy nigdy zupełnego rozprężenia płuca, jak to z reguły bywa w odmie śródopłucnej. Szczyt rozprostowanego płuca nie znajduje się bowiem w swym poprzednim miejscu, ale o dwa międzyżebrza niżej, nad szczytem zaś widzimy jakby czapkę, jednolity cień stworzony przez zgrubiałą tkankę bliznowatą, niekiedy z resztą płynu lub powietrza.

✦

Odma zewnątrzopłucna spełnia wiele nadziei chorego, daje około 80% przypadków wyleczenia i możność podjęcia pracy zawodowej. Wymagając w prawdzie stałych dopełnień nie daje jednak żadnego zeszpecenia lub zniekształcenia, którego chorzy, zwłaszcza kobiety, tak bardzo się obawiają, zresztą o tyle niesłusznie, że gruźlica płuc jest zbyt straszną chorobą i zbyt groźnym wrogiem, aby w walce z nim zwracać uwagę na względy kosmetyczne. Tym nie mniej zewnątrzopłucna odma bardzo „przemawia" do kobiet, a kobiety o specjalnych zawodach jak np. aktorki nie zmusza do zmiany dotychczasowej pracy.

Wit Rzepecki

PRZYP. REDAKCJI

W następnym numerze Pielęgniarki Polskiej zamieścimy artykuł pt. „Film dydaktyczny o odmie zewnątrzopłucnej", gdzie będzie mowa o zadaniach pielęgniarki w odmie zewnątrzopłucnej.

Prof. Dr JÓZEF PARNAS

Państwowy Instytut Higieny Wsi

RZĄD Polski Ludowej przyjął na siebie niełatwe, aczkolwiek zaszczytne zadanie zmiany oblicza wsi polskiej: ekonomicznego, kulturalnego oraz zdrowotnego. Momentem przełomowym w zakresie organizacji ochrony zdrowia na wsi stały się obrady VII Plenum KC PZPR.

Wieś polska do czasu wyzwolenia narodowego i społecznego pod względem zdrowotnym i higieniczno-sanitarnym była ogromnie zaniedbana. Panoszyły się tu zabobony i znachorstwo — pozostałości pańszczyzny i ustroju kapitalistycznego. Fatalny stan zdrowotności naszej wsi znalazł odbicie w arcydziełach literatury polskiej, a w szczególności w „Ludziach Bezdomnych" Stefana Żeromskiego.

Przedwojenna statystyka zdrowotności na polskiej wsi wykazuje bardzo duży odsetek śmiertelności niemowląt i dzieci, szybkie starzenie się, dużą zachorowalność i śmiertelność zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn. Alkoholizm, wszawica, choroby weneryczne, gruźlica i inne choroby zakaźne — to zadomowieni towarzysze biedoty chłopskiej.

Dziś, w czwartym roku planu sześcioletniego, można już mówić o poważnych sukcesach polskiej służby zdrowia w zakresie zdrowotności polskiej wsi. Szeroka sieć wiejskich ośrodków zdrowia, izb porodowych oraz punktów zdrowia w Państwowych Gospodarstwach Rolnych, Spółdzielniach Produkcyjnych, Państwowych Ośrodkach Maszynowych obsługiwanych przez wykwalifikowane pielęgniarki — oto dotychczasowe osiągnięcia.

Pielęgniarka, zajmująca zaszczytne i odpowiedzialne stanowisko w wiejskiej służbie zdrowia, staje się propagatorem nowoczesnych zasad higieny osobistej, higieny komunalnej, higieny matki i dziecka, higieny żywienia, higieny i bezpieczeństwa pracy na wsi, oświaty sanitarnej na wsi i akcji przeciwepidemicznej. Pielęgniarce wiejskiej powierzono pieczę nad zdrowiem robotników rolnych, które decyduje o ich wydajności pracy, o wykonaniu planów produkcyjnych, tak ważnych dla zagadnienia wyżywienia narodu. Pielęgniarka wiejska bierze bezpośredni udział w pracy nad podniesieniem stanu sanitarnego naszej wsi oraz w zapobieganiu chorobom zakaźnym, przyczynia się więc do podniesienia potencjału obronności naszego kraju.

Przed pielęgniarką wiejską, jak widzimy, stoi poważne zadanie. Aby mu sprostać pielęgniarka winna dokładnie zapoznać się z postaciami pracy sanitarnej i jej swoistymi właściwościami w warunkach wiejskich, bowiem warunki te odbiegają niejednokrotnie bardzo poważnie od warunków spotykanych w mieście.



Foto CAF

Przychodnia dla Matki i Dziecka w Kolbudach, woj. Gdańskie. Pielęgniarka Bałdyk naświetla lampą kwarcową dzieci chłopskie.

JEDNYM z zadań Państwowego Instytutu Higieny Wsi jest właśnie dopomożenie personelowi służby ochrony zdrowia na wsi w jego codziennej pracy, w pokonywaniu przeciwności i rozwiązywaniu trudniejszych zagadnień. W tym celu Instytut zorganizował na terenie całego kraju sieć naukowych korespondentów wiejskich. Są to nie tylko lekarze i felczerzy, lecz również przodujące pielęgniarki naszych PGR, POM i Wiejskich Ośrodków Zdrowia.

Instytut postanowił zadośćuczynić prośbie Redakcji „Pielęgniarki Polskiej", opracowując dla Jej czytelników cykl artykułów popularyzujących najważniejsze zagadnienia medycyny wiejskiej. Niniejszy artykuł zapoczątkuje ten cykl i ma za zadanie zapoznać czytelników z celami i organizacją Instytutu.

W skład Instytutu wchodzą następujące jednostki:

1. Dyrekcja Instytutu oraz sekretariat naukowy.
2. Biblioteka Instytutu.
3. Dział Metodologiczno-Organizacyjny z pododdziałami: Organizacji Ochrony Zdrowia na Wsi i Statystyki Sanitarnej.
4. Dział Ochrony Pracy na Wsi z pododdziałami: Szkodliwości Chemicznych na Wsi i Mechanizacji Rolnictwa.

5. Dział Higieny Wsi z pododdziałami: Higieny Ogólnej i Komunalnej, Higieny Żywienia i Oświaty Sanitarnej.
6. Dział Chorób Odzwierzęcych.
7. Dział Kliniczny Chorób Zawodowych Wsi z Przychodnią, Chorób Zawodowych oraz Ośrodkiem Badań Urazowych na Wsi.

Powyższy podział organizacyjny wyjaśnia już zasadnicze kierunki pracy badawczej i usługowej Instytutu Higieny wsi, higieny pracy na wsi, zapobieganie chorobom zakaźnym, a w szczególności odzwierzęcym, lecznictwo chorób zawodowych i organizacja ochrony zdrowia na wsi — oto główne zadania, jakie Instytut ma do wykonania.

Oczywiście Instytut mający za sobą zaledwie rok istnienia znajduje się dopiero w początkach swej działalności. Mimo to posiada już pewne osiągnięcia, które stały się pomocne wiejskiej służbie zdrowia w jej codziennej pracy. Instytut utrzymuje stałą i systematyczną więź z wiejską służbą zdrowia i prowadzi w terenie prace badawcze, ze szczególnym uwzględnieniem państwowych gospodarstw rolnych i spółdzielni produkcyjnych.

Józef Parnas

Dr JERZY DUBROWSKI

Wrażenia z pobytu w Związku Radzieckim

NASZ paromiesięczny pobyt w Związku Radzieckim miał na celu zapoznanie się ze zdobyczami medycyny radzieckiej, metodyką i techniką pracy w nowoczesnych laboratoriach i klinikach oraz uzupełnienie własnych wiadomości, przede wszystkim w zakresie nerwizmu. Z Polski wyjechało 20 lekarzy różnych specjalności: interniści, neurolodzy, psychiatrzy i fizjopatolodzy. Zależnie od zainteresowań, każdy z nas mógł wybrać kilka ośrodków naukowo-badawczych, z którymi chciał się szczegółowo zapoznać.

Jako fizjolog i przedstawiciel Instytutu Hematologii, interesowałem się przede wszystkim Instytutem Fizjologii Wyższej Czynności Nerwowej oraz Instytutami Hematologii i Przetaczania Krwi.

INSTYTUT FIZJOLOGII WYŻSZEJ CZYNNOŚCI NERWOWEJ IM. PAWŁOWA znajduje się w Leningradzie, z tym, że część pracowni mieści się w pobliżu Leningradu, w miasteczku Kołtusze, przemianowanym po śmierci I. P. Pawłowa na *Pawłowo*. Instytut ten przez wiele lat pozostawał pod bezpośrednim kierownictwem I. P. Pawłowa, w latach 1935 — 1950 dyrektorem Instytutu był *Orbeli*, a od 1950 roku kieruje nim, twórca patologii korowo-trzewnej, Akademik *Bykow*.

Instytut Fizjologii Wyższej Czynności Nerwowej jest jedną z największych i najpoważniejszych placówek naukowych ZSRR w zakresie medycyny teoretycznej. Zatrudnia ponad 100 samodzielnych pracowników naukowych, w olbrzymiej większości fizjologów. Ponadto, stale przebywa w nim około 50 aspirantów, z czego poważną liczbę stanowią obcokrajowcy.

W LENINGRADZIE

Leningradzka część Instytutu mieści się w olbrzymim, kilkopiętrowym gmachu, obejmującym ponad 100 pracowni naukowych. Ponadto, w skład tej części Instytutu wchodzą jednostki oparte o bazę kliniczną, a to przede wszystkim: Klinika Nerwic i Klinika Psychiatryczna.

Połączenie teoretyczne pracowni fizjologicznych, operujących wyłącznie doświadczalnym materiałem zwierzęcym, z klinikami ludzkimi — stwarza idealne warunki dla dalszego i nieustannego rozwoju genialnych idei Pawłowa, a tym samym przyczynia się do postępu medycyny w ogólności.

Nasz kilkotygodniowy pobyt w Instytucie rozpoczął się niezapomnianym wrażeniem, jakie odnieśliśmy w czasie wizyty u Akademika *Bykowa*. *Bykow* jest jednym z najwybitniejszych uczonych naszych czasów, jego nauka o patologii korowo-trzewnej, będąca dalszym rozwinięciem pawłowowskiego nerwizmu, jest obecnie podstawą, która umożliwia zrozumienie i wyjaśnienie patogenezy olbrzymiej ilości schorzeń. Akademik *Bykow* w kilkugodzinnym wykładzie przedstawił nam dotychczasowy rozwój nauki Pawłowa oraz jej perspektywy na przyszłość. Już ten krótki, a niezwykle syntetyczny, przegląd pozwolił nam ocenić właściwą głębię umysłu i dalekowzroczność tego wspaniałego uczonego.

Następnie, rozpoczęliśmy zwiedzanie poszczególnych pracowni Instytutu, aby po zapoznaniu się z całością, wybrać sobie te działy, z którymi zechcemy zapoznać się dokładniej.

Wszystkie pracownie Instytutu w badaniach, przeprowadzonych zarówno na ludziach jak i na zwierzętach, stosują klasyczną metodę pawłowowską, polegającą na rejestracji odruchów warunkowych. Doświadczenie wielu lat wykazało, że ta metoda jest jedyną, umożliwiającą badanie tak niezwykle skomplikowanych procesów fizjologicznych, jakie charakteryzują czynności wyższego układu nerwowego. Oczywiście, centralnym punktem naszego zainteresowania były komory dźwiękoszczelne do badań odruchów warunkowych. Większość z nich była zbudowana pod kierownictwem samego Pawłowa; do dnia dzisiejszego stoją jeszcze sprzęty i aparatura, którą posługiwał się twórca współczesnej fizjologii. Naturalnie, wraz z udoskonaleniem techniki badań odruchów warunkowych, wprowadzono szereg nowych ulepszeń, tak, że obecnie obiektywizm badania jest doprowadzony niemal do doskonałości.

Podczas zwiedzania poszczególnych pracowni i działów uderzyło nas niezwykłe bogactwo tematów i problemów opracowanych obecnie na terenie Instytutu. A już zupełnie nieopanowaną „zazdrość" wywołała obfitość aparatury i jej precyzja. Godny podkreślenia jest fakt, że nie widzieliśmy ani jednego przyrządu, nawet wśród najbardziej skomplikowanych, który nie byłby całkowicie wykonany w Związku Radzieckim, według oryginalnych radzieckich pomysłów.

Dużo uwagi poświęciliśmy doskonale zorganizowanemu blokowi operacyjnemu Instytutu. Olbrzymia skala zabiegów wykonywanych na zwierzętach, począwszy od najsubtelniejszych operacji na ośrodkowym i obwodowym układzie nerwowym, poprzez technicznie bardzo trudne operacje na wszystkich niemal narządach, spowodowała, że wyposażenie sali operacyjnej jest bardzo wszechstronne i bogate.

W pobliżu sali operacyjnej znajduje się klinika dla zwierząt po zabiegach. Mają one idealne warunki ściśle dostosowane do stanu po przebytych operacjach. Legowiska dla psów są tak zbudowane, aby zwierzę nie mogło zrywać opatrunków, a jednocześnie nie urażało się w okolicę rany pooperacyjnej.

Obok głównego gmachu Instytutu znajduje się zwierzętarnia, w której stale mieści się około 200 psów, znaczna liczba kotów, królików, szczurów, myszy i innych zwierząt doświadczalnych. Zwierzęta mają tu zapewnione doskonałe warunki zarówno wyżywienia jak i higieniczne.

W PAWŁOWOWIE

Druga część pracowni Instytutu Fizjologii Wyższej Czynności Nerwowej znajduje się w Pawłowowie. Poszczególne działy mieszczą się w jedno lub dwupiętrowych budynkach, rozrzuconych na olbrzymim terenie, stwarzającym wrażenie parku wypoczynkowego. Oprócz pracowni znajdują się na tym terenie domy mieszkalne dla pracowników oraz zwierzętarnie.

Tematyka badań naukowych tej części Instytutu, obok czysto teoretycznych, obejmuje również zagadnienia ściśle związane z hodowlą zwierząt użytkowych. Powiązano tu pracę teoretyków-fizjologów ze specjalistami przemysłu hodowlanego, łącząc naukę teoretyczną z podnoszeniem uprzemysłowienia kraju.

Również i na tym terenie mieliśmy możność zapoznać się z najnowocześniejszą aparaturą fizjologiczną, o wspaniałej precyzji i najwyższej jakości wykonania.

ŚRODY PAWŁOWOWSKIE

W ciągu mego sześciotygodniowego pobytu w Leningradzie czterokrotnie byłem obecny na słynnych w całym świecie środach pawłowowskich. Posiedzenia rozpoczynały się zawsze wstępnym wykładem Akademika *Bykowa,* który nawiązując do tematyki dnia, omawiał teoretyczne podstawy tematu. Godny podkreślenia jest bardzo wysoki poziom naukowy referatów, olbrzymia wnikliwość w ujmowaniu zagadnień i osobista erudycja referentów. Dyskusje nad wygłoszonymi referatami fascynują poprostu swoją żywiołowością, wykazując przy tym, jak wszechstronne i gruntowne jest wykształcenie dyskutantów. W czasie licznych naszych rozmów z poszczególnymi pracownikami naukowymi Instytutu mieliśmy wielokrotnie możność przekonać się, że wykształcenie ich obejmuje nie tylko doskonałą znajomość fizjologii, ale również biochemii, fizyki i anatomii patologicznej. Jest to niewątpliwie wynikiem zarówno wielkiej dbałości kierownictwa Instytutu o stałe kształcenie kadr, jak i olbrzymiego entuzjazmu, z jakim poszczególni naukowcy podchodzą do pracy.

RADZIECKI STYL PRACY

Na podstawie mych obserwacji, poczynionych zresztą nie tylko na terenie tego Instytutu, śmiało mogę stwierdzić, że pracownicy nauki w ZSRR posiadają specyficzny, radziecki styl pracy. Najbardziej istotną cechą tego stylu jest głębokie zrozumienie znaczenia pracy kolektywnej, w której nie ma miejsca na osobiste ambicje, czy nieporozumienia. Poszczególne zespoły, związane trwałym entuzjazmem i gorącym umiłowaniem przedmiotu, dążą bez powierzchownego efekciarstwa do wypełnienia postawionych przed sobą zadań. Ustalone terminy są prawem, od którego nie ma odstępstw, chyba tylko w kierunku przyśpieszenia terminu wykończenia pracy. Wykonanie najmniejszego nawet doświadczenia cechuje solidność i bezwzględna prawdziwość. Każdy niepewny wynik jest zdecydowanie odrzucony, a badanie powta-

rzane tak długo, dopóki nie przestaje budzić nawet cienia wątpliwości. Wnioski wyciągane są ostrożnie i do końca, zawsze w oparciu o głęboką znajomość marksistowskiej dialektyki. Nie ulega wątpliwości, że bazą tego systemu pracy jest z jednej strony wysoka wartość moralna pracownika nauki, a z drugiej znakomite i nowoczesne wyposażenie pracowni.

W ATMOSFERZE PRAWDZIWEJ PRZYJAŹNI

Ten pobieżny szkic wrażeń odniesionych w czasie pobytu w Instytucie Fizjologii Wyższej Czynności Nerwowej w Leningradzie byłby niepełny, gdybym nie podkreślił niezwykłej serdeczności i gościnności z jaką spotkaliśmy się na każdym kroku. Atmosfera przyjacielskiego koleżeństwa, chęć podzielenia się własnymi doświadczeniami i wiedza. jakie cechowały radzieckich gospodarzy, byłv dla nas dodatkowymi bodźcami w pracy.

Oprócz Polaków, w tym samym czasie pracowali w Instytucie Chińczycy, Węgrzy, Czesi, Rumuni, Bułgarzy. Nikomu nie skąpiono ani czasu ani wysiłku, wszyscy rozumieli i czuli, że zjechaliśmy się z różnych stron świata, aby pogłębić swą wiedzę o nauce, którą stworzył jeden z najgenialniejszych umysłów, twórca nowoczesnej fizjologii *I. P. Pawłow.*

Pozostały okres mego pobytu w Związku Radzieckim upłynął w Leningradzie, a później w Moskiewskim Instytucie Hematologii i Przetaczania Krwi, gdzie zapoznawałem się z najnowocześniej wyposażonymi pracowniami naukowymi i klinikami, których problematyka obejmowała przede wszystkim badania nad udoskonaleniem metod konserwowania krwi, ustaleniem wskazań i przeciwskazań do leczenia krwią oraz badania nad patogenezą chorób krwi.

**
*

Dziś, po upływie miesięcy od chwili powrotu ze Związku Radzieckiego, z największym entuzjazmem i wdzięcznością wspominam moich radzieckich przyjaciół i tych wszystkich, którzy mimo nawału zajęć nie szczędzili mi ani czasu ani swojej wiedzy. Wiem, że zaciągnąłem wobec nich dług, który mogę spłacić jedynie przez najusilniejszą pracę dla dobra naszej Ludowej Służby Zdrowia.

Jerzy Dubrowski

Dr farm. WITOLD GŁOWACKI

Szpitalna apteczka oddziałowa

SPRAWA właściwego przechowywania środków leczniczych i instrumentów lekarskich na oddziałach szpitalnych jest tak samo ważna, jak racjonalne magazynowanie materiału sanitarnego w dużych aptekach i składnicach. Miejscem przechowywania leków i przyrządów na oddziałach szpitalnych jest szafa, zwana przeważnie „apteczką oddziałową". Pieczę nad nią sprawuje pielęgniarka oddziałowa.

Jakim warunkom szafa ta powinna odpowiadać, aby mówić o jej przydatności dla celów wyżej wspomnianych?

Przede wszystkim szafa ta musi służyć jedynie do przechowywania lekarstw i instrumentów lekarskich. Nie wolno użytkować jej choćby w części, do przechowywania bielizny szpitalnej, garderoby czy też artykułów piśmiennych. Nie byłaby to już wtedy „apteczka oddziałowa", lecz szafa-lamus, gdzie chowano by wszystko, co nie powinno być porozkładane po pokoju pielęgniarek czy w dyżurce sióstr. Ze względów zasadniczych nie można dopuścić, aby lekarstwa czy przybory do zabiegów leżały w szafach razem z innymi rzeczami.

„Apteczkę oddziałową" trzeba zamykać na klucz, aby uniemożliwić przed samowolnym zażywaniem względnie aplikowaniem leków, nie zaordynowanych przez lekarza.

Szafa apteczna powinna być dość obszerna, aby można w niej przejrzyście i wygodnie rozmieścić przybory lekarskie i leki. O utrzymaniu w niej porządku i czystości wspomnimy jeszcze później.

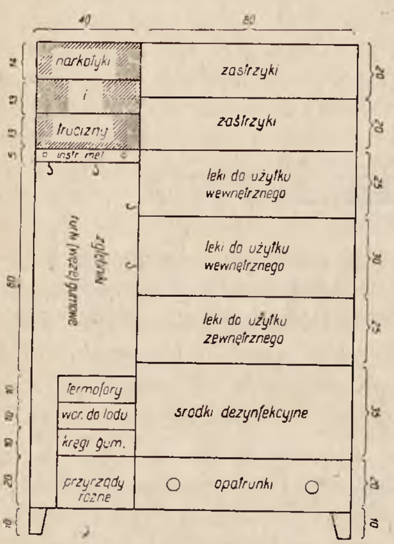
Jak powinna wyglądać szafa przeznaczona do przechowywania leków na oddziale szpitalnym?

Sprawą tą warto zająć się szerzej. Z dotychczasowej obserwacji wysnuć można przypuszczenie, że organa zaopatrujące nasze szpitale w sprzęt sanitarny nie rozwiązały jeszcze definitywnie sprawy wprowadzenia typowej szpitalnej apteczki oddziałowej. O ile do przechowywania metalowych instrumentów lekarskich dla sal przedoperacyjnych i gabinetów zabiegowych przemysł produkuje metalowe szafy oszklone, o tyle dobrze pomyślane szafy apteczek oddziałowych bywają w szpitalach naszych niestety rzadkością. Pro-

blem apteczki oddziałowej bywa zazwyczaj rozwiązywany indywidualnie przez dyrekcje szpitali wespół z kierownikami aptek. W wielu szpitalach jednak na szafę apteczną przeznacza się z reguły jakąś szafę kancelaryjną lub bieliźniarkę.

Biorąc pod uwagę specyficzne warunki, niezbędne dla przechowywania leków, podajemy projekty takich szaf, które mają służyć dla leków, niektórych instrumentów metalowych i innych przyrządów oraz artykułów gumowych, a więc dla całego materiału sanitarnego, jaki jest w użyciu na oddziale szpitalnym.

Dla oddziału o dużej liczbie łóżek najwłaściwsza byłaby szafa 2-drzwiowa (o niejednakowej wielkości drzwi), której schemat przedstawia ryc. 1, dla oddziałów mniejszych zaś — szafa 1-drzwiowa przedstawiona na ryc. 2. Takie drewniane szafy, bez oszklenia pomalowane na biało, odpowiadałyby wszystkim wymogom. Można w nich zachować podział lekarstw na:



Ryc. 1

1) narkotyki i trucizny,

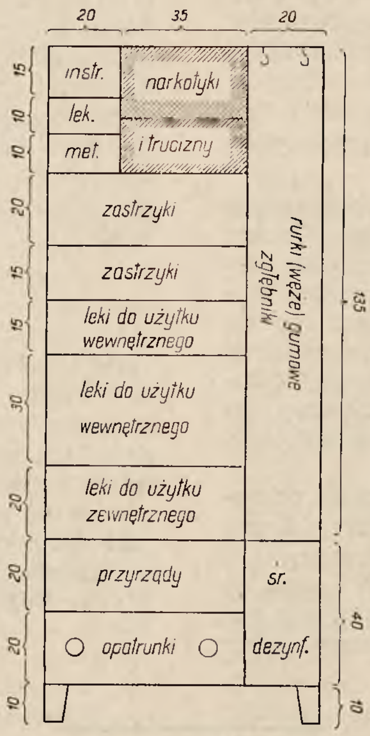
2) zastrzyki,

3) leki do użytku wewnętrznego,

4) leki do użytku zewnętrznego,

5) środki dezynfekcyjne.

Narkotyki i trucizny, artykuły gumowe i instrumenty metalowe przechowywane są oddzielnie. Dla lepszej konserwacji przedmiotów



Ryc. 2

gumowych część szafy powinna być wybita blachą cynkowaną. Niektóre z artykułów gumowych wymagają przechowywania w pozycji wiszącej, inne zaś w pozycji leżącej. W tym celu należy urządzić odpowiednie półki i haczyki.

Narkotyki i trucizny muszą się znajdować pod podwójnym zamknięciem, czyli że szafka wewnętrzna musi mieć również własny zamek.

Watę, ligninę, gazę i inne opatrunki najlepiej rozmieścić w szufladzie, w dolnej części szafy.

W CELU szybkiej orientacji w rozmieszczeniu środków leczniczych, każda półka musi mieć wyraźny napis, a więc „Zastrzyki", „Wewnętrzne", „Zewnętrzne" itp. Naturalnie, że na wszystkich naczyniach i butelkach muszą być odpowiednie etykiety (nalepki) z wyraźną nazwą leku względnie jego składników. W myśl obowiązujących przepisów polskich używa się następujących nalepek kolorowych:

a) dla płynów injekcyjnych w większych ilościach, a więc nie w ampułkach, lecz w butelkach — nalepki koloru niebieskiego;

b) dla lekarstw do użytku wewnętrznego, drogą przewodu pokarmowego — nalepki koloru białego;

c) dla leków do użytku zewnętrznego — nalepki koloru pomarańczowego (czerwonego).

Przyklejanie właściwych nalepek zapobiega ewentualnym pomyłkom, które mogłyby sprowadzić przykre konsekwencje.

Do przechowywania ampułek używa się jednakowych pod względem wymiaru i wyglądu pudełeczek tekturowych, słoików lub pudełek ze starych, wybrakowanych błon rentgenowskich. Każdy rodzaj zastrzyków musi być przechowywany w oddzielnym pudełeczku. Zasada ta ma to samo znaczenie, co używanie różnokolorowych nalepek dla leków o różnym zastosowaniu.

Zagadnienie wyposażenia apteczki w jednakowe lub podobne naczynia, odnosi się również do butelek i słoików (dla przechowywania tabletek, maści itp.). One bowiem decydują o estetycznym i miłym dla oka wyglądzie całej apteczki. Jeżeli jeszcze dbać będziemy o równe i czyste nalepki oraz o czytelne napisy na nich — cała szafa apteczna będzie wzorową, dobrze urządzoną i prowadzoną apteczką oddziałową.

Rzecz prosta, że troska siostry oddziałowej o apteczkę nie może ograniczać się jedynie do dbałości o jej wygląd zewnętrzny. Dlatego ważniejszą sprawą jest systematyczne zwracanie uwagi na to, czy tabletki nie uległy sproszkowaniu, czy płyny i zioła nie spleśniały, a proszki nie zwilgotniały oraz troska o to, aby instrumenty metalowe były zawsze zakonserwowane wazeliną lub parafiną, a przedmioty gumowe wysuszone i obsypane talkiem. Tego wszystkiego musi się siostra oddziałowa z biegiem czasu nauczyć. Pomoc w tych sprawach okaże jej zawsze kierownik apteki szpitalnej, on także powinien co naj-

mniej raz w miesiącu być na oddziale, skontrolować stan ilościowy leków i sprzętu oraz sprawdzić sposób ich przechowywania. Stała kontrola apteczki oddziałowej należy do ordynatora oddziału.

Psucia się leków można uniknąć, jeżeli w apteczce oddziałowej nie będzie dużego ich zapasu. Zapas leków w apteczce nie powinien przekraczać ilości, potrzebnych na 2 — 3 dni. Jest to zasada, którą należy bezwzględnie przestrzegać przy prowadzeniu oddziałowej apteczki szpitalnej.

Ogólnie można powiedzieć, że wygląd apteczki oddziałowej i jakość materiału sanitarnego przechowywanego w niej świadczą dobitnie o zamiłowaniu siostry oddziałowej do czystości i o dbałości w utrzymaniu wysokiej wartości środków leczniczych. Dobre prowadzenie apteczki stanowi właściwy miernik ważnego odcinka jej codziennej pracy zawodowej.

W. Głowacki

Kronika

Z kraju

V „TYDZIEŃ ZDROWIA“

Dnia 14 czerwca odbyła się w wielkiej sali Politechniki Warszawskiej uroczystość otwarcia V „Tygodnia Zdrowia“, zorganizowanego przez Polski Czerwony Krzyż. „Tydzień Zdrowia“ trwał od 14—21 czerwca.

Protektorat nad „Tygodniem“ objął Wiceprezes Rady Ministrów, **Józef Cyrankiewicz**. Przewodniczącym Komitetu Honorowego został Minister Zdrowia, Dr **Jerzy Sztachelski.**

„Tydzień Zdrowia“ miał za zadanie zwrócić uwagę polskiego społeczeństwa na ważne zagadnienia walki narodu o swe zdrowie.

Tegoroczny „Tydzień Zdrowia“ był poświęcony przede wszystkim zagadnieniom sanitarno - epidemiologicznym i walce z chorobami zakaźnymi.

Uroczystość otwarcia V „Tygodnia Zdrowia“ zaszczycili swą obecnością w Prezydium przedstawiciele Rządu z Ministrem Zdrowia, Dr Jerzym Sztachelskim na czele, przedstawiciele Partii i organizacji społecznych, przodownicy pracy oraz przedstawiciele aktywu PCK.

Uroczystości otwarcia Tygodnia przewodniczyła Wiceprezes Zarządu Głównego, Dr **Irena Domańska.**

Referat zasadniczy wygłosił Minister Zdrowia, Dr Jerzy Sztachelski (tekst referatu podajemy na str. 3-ej).

Następny referat wygłosił Prezes Zarządu Głównego PCK, Dr **J. Rutkiewicz.**

Przewodnicząca uroczystości, Wiceprezes Dr Irena Domańska odczytała listę osób odznaczonych odznakami honorowymi PCK za pracę społeczną dla tej organizacji.

Odznakę honorową II-go stopnia otrzymali: Kierownik Wydziału Zdrowia P.St.R.N., Dr **Aleksander Pacho** oraz lekarz Pogotowia Ratunkowego, Dr **Wanda Badyńska.** Ponadto odznakami III stopnia udekorowano 50 osób.

Po wręczeniu odznak, delegacje poszczególnych kół PCK złożyły meldunki do Prezydium Zarządu Głównego PCK.

Burzliwą owację zgotowali zebrani delegacji górników z Chorzowa. Po meldunkach delegacji kół dorosłych i młodzieży ze szkół, zakładów pracy, spółdzielni produkcyjnych i placówek PCK zebrani przyjęli gorącymi oklaskami tekst depeszy do Prezesa Rady Ministrów, Bolesława Bieruta.

Po uroczystości sprzed Politechniki wyruszył ulicami Warszawy pochód sformowany w większości z Drużyn Sanitarnych całego kraju.

Delegacje Polskiego Czerwonego Krzyża złożyły wieńce na płycie Grobu Nieznanego Żołnierza oraz na Cmentarzu - Mauzoleum Żołnierzy Radzieckich.

S.

Warszawa

W dniu 29.IV.1953 r. na uroczystej akademii 1-szo Majowej została odznaczona SREBRNYM KRZYŻEM ZASŁUGI dyrektorka Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa Nr 2 w Warszawie (ul. Wilcza 9) kol. **Róża Krotoszyńska.**

Kol. Róża Krotoszyńska urodzona w Radomiu pracowała przed rokiem 1939 jako niewykalifikowana pielęgniarka w Kasie Chorych w lubelszczyźnie. W czasie wojny była w Związku Radzieckim i tam ukończyła szkołę pielęgniarstwa. Następnie pracowała w Związku Radzieckim w szpitalnictwie. Po powrocie do kraju w 1945 r. stanęła do pracy w przemyśle, nie zerwała jednak z zawodem prowadząc w ramach pracy społecznej ambulatorium na terenie swego zakładu.

1.IV.1950 r. Ministerstwo Zdrowia powołało kol. Różę Krotoszyńską na stanowisko dyrektorki Szkoły Pielęgniarstwa Nr 2. Objęła ona szkołę zdezorganizowaną z bardzo wieloma brakami. Dzięki jej pełnej oddania pracy, obecnie Szkoła Pielęgniarstwa Nr 2 stanęła na dobrym poziomie zarówno pod względem zawodowym jak i wychowania politycznego. Największym osiągnięciem kol. Krotoszyńskiej było zespolenie całego personelu tak wychowawczego jak i administracyjnego w jeden zwarty, silny kolektyw, do którego włączają się instruktorki z oddziałów szkolnych oraz wykładowcy.

Kol. Krotoszyńską charakteryzuje prawdziwie socjalistyczny stosunek do człowieka i pracy, czujność rewolucyjna na każdym odcinku oraz umiejętność wychowywania ludzi na pozytywnych, bojowych obywateli naszego Ludowego Państwa.

Przykład kol. Krotoszyńskiej, jej postawa ideologiczna, ofiarna praca, zapał oraz uporczywa, wytrwała walka z wszystkimi trudnościami — mobilizuje cały kolektyw szkolny do wytężonej pracy nad wychowaniem nowych kadr socjalistycznych pielęgniarek.

Warszawa

W e z w a n i e

My słuchaczki I i II Kursu Ośrodka Szkolenia Pielęgniarek PCK, uczestniczące w zebraniu w dniu 26.IV1953 r. — w przededniu 1 Maja — międzynarodowego święta mas pracujących — czcząc pamięć WIELKIEGO JÓZEFA STALINA — przyjaciela narodu polskiego — postanawiamy wstąpić w szeregi Towarzystwa Przyjaźni Polsko - Radzieckiej, aby przez to pogłębić wiedzę o Związku Radzieckim, która będzie nam pomagała w pracy zawodowej i nauce.

Jednocześnie rzucamy hasło: „Wszystkie słuchaczki Ośrodków Szkolenia Pielęgniarek PCK — w szeregach Towarzystwa Przyjaźni Polsko - Radzieckiej".

Rabka

Ośrodek Szkolenia Pielęgniarek PCK w Rabce bierze zawsze żywy udział w życiu społecznym i politycznym swego miasta, zbierał więc w pochodzie 1-majowym rzęsiste i serdeczne oklaski społeczeństwa.



Przed wyruszeniem w pochód



w pochodzie

Koresponденci piszą

...z Zakopanego

Dnia 13 kwietnia b. r. w Zespole Sanatoriów Przeciwgruźliczych w Zakopanem odbyło się kolejno zebranie przełożonych sanatoriów, prowadzone przez naczelną przełożoną Zespołu, kol. *Janinę Truszkowską*.

Sytuacja w poszczególnych sanatoriach na odcinku pracy pielęgniarskiej nie przedstawia się najpomyślniej w związku z dotkliwie odczuwanym brakiem dostatecznej liczby etatów pielęgniarskich.

Na zebraniu poruszono sprawę opracowania nowych regulaminów dla personelu pielęgniarskiego i salowego pod kątem udoskonalenia organizacji pracy, co ma szczególne znaczenie w obliczu oszczędności etatowych.

Następnie naczelna przełożona, kol. *Truszkowska* omówiła konieczność zorganizowania w ramach akcji sanitarno-porządkowej, szeregu prelekcji na terenie sanatoriów.

Poruszono także sprawę badania stanu zdrowia personelu fizycznego i umysłowego. Badania te, szczególnie personelu pielęgniarskiego nie we wszystkich sanatoriach są przeprowadzane regularnie. Jedynie sanatoria: „Bojowników", „Akademickie", „Sanato" i „Warszawianka" prowadzą badania regularnie.

W sprawie szkolenia dla młodszych pielęgniarek wypowiadały się kolejno wszystkie przełożone.

W sanatorium im. dr Sokołowskiego nie biorą udziału w szkoleniu trzy młodsze pielęgniarki: kol. kol. *Weronika Syszko*, *Anna Tylko* i *Stefania Wierzba*. Reszta uczęszcza na szkolenie regularnie.

W Sanatorium Nauczycielskim nie szkoli się młodsza pielęgniarka, kol. *Adamina Bojdys*, a kol. *Zofia Szeliga* dopiero ostatnio przystąpiła do nauki, szczególnie pilna w szkoleniu się jest kol. *Stefania Molek*.

Młodsze pielęgniarki zatrudnione w Sanatorium „Warszawianka" oraz im. dr T. Chałubińskiego szkolą się regularnie.

W „Sanato' nie uczęszcza na szkolenie kol. *Kunegunda Szynalik*.

Przełożone skarżą się na fakt, że w Szpitalu Miejskim, gdzie odbywa się szkolenie nie zawsze jest ono prowadzone regularnie, na czym cierpią przychodzące, nieraz z bardzo daleka, słuchaczki.

Następnie przełożone omawiały pracę i postawę poszczególnych młodszych pielęgniarek zatrudnionych w ich sanatoriach.

Opinia o pracy młodszych pielęgniarek w Sanatorium im. dr Chałubińskiego jest bardzo dobra zarówno pod względem zawodowym jak i społecznym. Wyróżniają się tu kol. kol.: *Zofia Zielińska* i *Eugenia Pietrzycka*. Jednocześnie przełożona Sanatorium, kol. *Fortunowa* oświadcza, że od dwóch lat (od czasu gdy przyszły

młodsze pielęgniarki) poziom pracy społecznej ogółu pielęgniarek bardzo się podniósł.

W „Warszawiance" młodsze pielęgniarki pracują dobrze.

W Sanatorium Nauczycielskim młodsze pielęgniarki na ogół pracują dobrze, istnieją jednak jeszcze zastrzeżenia co do ich stosunku do pacjentów, nie jest on bowiem dostatecznie poważny. Młodsze pielęgniarki powinny także zwrócić uwagę na poprawność swej ortografii.

W Sanatorium im. dr Sokołowskiego młodsze pielęgniarki są zbyt mało czynne społecznie, co tylko częściowo można tłumaczyć ciężką pracą zawodową. Ten stan rzeczy powinien ulec poprawie pod wpływem serdecznej, wnikliwej troski ze strony czynników społecznych Sanatorium.

Podsumowując wypowiedzi przełożonych Naczelna Przełożona Zespołu stwierdziła, że mimo całego zawartego w nich optymizmu, ogólnie biorąc praca zarówno pielęgniarek dyplomowanych jak i młodszych wobec trudności z uzupełnieniem etatów jest jeszcze niedostateczna, bowiem zatrudnione w Zespole pielęgniarki mogłyby się zdobyć na większy wysiłek.

Zawodowo zespół młodszych pielęgniarek pracuje tu nieźle. W pracy na sali operacyjnej wyróżnia się młodsza pielęgniarka, kol. *Józefa Śnieżek-Pajdak*.

W Sanatorium Akademickim zespół młodszych pielęgniarek pracuje bardzo dobrze.

W toku zebrania poruszono także sprawę niezachowywania przez pielęgniarki, zarówno dyplomowane jak i młodsze, tajemnicy zawodowej. Sprawy te będą kierowane do rozstrzygnięcia przez wyższe instancje służby zdrowia i traktowane z całą surowością.

Poruszono na koniec sprawę nieodpowiedniego stosunku niektórych lekarzy do doszkalania pielęgniarek w trakcie pracy. Liczne zapytania pielęgniarek nie są traktowane jako słuszna chęć uzupełnienia wiadomości, lecz wywołują zniecierpliwienie lekarza i niejednokrotnie powodują obniżenie jego opinii o poziomie wiedzy pielęgniarki. Mowa tu oczywiście jedynie o tych lekarzach, którzy nie zdają sobie jeszcze sprawy z powagi zadań szkoleniowych, jakie stoją przed każdym lekarzem mającym styczność ze średnim personelem medycznym.

Sprawa doszkalania personelu pielęgniarskiego jest specjalnie dobrze postawiona na codziennych odprawach Sanatorium „Sanato", gdzie pielęgniarki otrzymują wyczerpujące odpowiedzi na nurtujące je wątpliwości i gdzie dyrektor Sanatorium poświęca im wiele swego czasu.

Obrady zakończyła przełożona Zespołu kol. *J. Truszkowska*.

Należy dodać, że narady robocze przełożonych Sanatoriów w Zakopanem odbywają się co dwa tygodnie, natomiast ogólne zebrania pielęgniarskie są zwoływane co miesiąc.

S. A.

... z Olsztyna

W związku ze Świętem Pracy — 1 Maja — pracownicy Centr. Woj. Poradni Przeciwgruźliczej w Olsztynie podjęli długofalowe zbiorowe zobowiązanie prześwietlenie rentgenowskiego wszystkich nauczycieli i personelu szkolnego całego województwa. Chodzi przede wszystkim o to, aby prześwietleni zostali wszyscy n a u c z y c i e l e wiejscy — ci którzy mają najmniej możliwości do okresowego badania rentgenowskiego. Akcja ta ma kolosalne znaczenie w zagadnieniu walki z gruźlicą, albowiem nauczyciel chory na gruźlicę stanowi jedno z największych niebezpieczeństw zakażenia dzieci i młodzieży tą straszną chorobą.

W księgarniach i kioskach

Doc. IZABELA BIELICKA — **Metodologiczne wytyczne organizacji opieki nad wcześniakami.** PZWL 1953, str. 157, ryc. 32.

Przed powołanym do życia w roku 1948 Instytutem Matki i Dziecka stanęło zagadnienie zorganizowania opieki nad wcześniakami, które dotychczas często ginęły na skutek braku umiejętnego postępowania i koniecznych dla nich warunków do normalnego rozwoju. Zgodnie z definicją międzynarodowej komisji ekspertów w Genewie z roku 1937 — kliniczne pojęcie „wcześniaka" określa każde dziecko, którego waga przy urodzeniu jest niższa od 2.500 g. Częstość przedwczesnych porodów wynosi w przybliżeniu 10% wszystkich porodów.

Znajomość organizacji opieki nad wcześniakami jest konieczna dla każdej pielęgniarki pracującej na oddziale noworodków, a książka dr Bielickiej będzie dla niej źródłem niezbędnych wiadomości z tej dziedziny. Wcześniak szczęśliwie przeprowadzony przez niebezpieczeństwo pierwszych dni i miesięcy ma takie same możliwości życiowe, jak każde inne niemowlę. Konieczne jest jednakże zapewnienie noworodkowi — wcześniakowi jak najbardziej fizjologicznych warunków dojrzewania i rozwoju przez zorganizowanie odpowiednio urządzonych i wyposażonych sal (filtr, dopływ tlenu, cieplarki itp.) jak również zapewnienie umiejętnego pielęgnowania.

Szczególnie interesujący i pożyteczny dla pielęgniarek jest w tej książce rozdział IX, w którym autorka omawia wyposażenie sali, ubiór niemowląt, odżywianie, technikę karmienia i podawania pokarmów oraz postępowanie personelu pielęgniarskiego.

Nie wszystkie jednak noworodki — wcześniaki pomimo jak najbardziej odpowiednich warunków otoczenia i jak najlepszej opieki — przechodzą szczęśliwie przez ten pierwszy, najtrudniejszy okres życia, występują bowiem groźne nieraz objawy patologiczne jak: żółtaczka, drgawki, zapalenie płuc, zaburzenia przewodu pokarmowego, przepukliny pępkowe itp. Pielęgniarka musi się dobrze orientować w tych wszystkich przypadkach, aby jej pielęgnowanie dało dobre wyniki.

PRZEGLĄD PRASY

POLSKI TYGODNIK LEKARSKI Nr 13/53

Dr J. DZIACZKOWSKI — **Wczesne wstawanie po operacjach.**

Wczesne wstawanie po operacjach zapoczątkowano już w roku 1899. Autorzy zagraniczni, którzy są zwolennikami wczesnego wstawania po operacjach wskazują, że zapobiega ono tworzeniu się kwasicy pooperacyjnej, stwarza lepsze warunki gojenia się rany wskutek poprawy krążenia oraz zmniejsza zaburzenia czynności przewodu pokarmowego, wskutek czego unika się tak męczącego chorych i niebezpiecznego wzdęcia. Autor, opierając się na materiałach badaczy zagranicznych i własnych spostrzeżeniach obejmujących 844 przypadków — dochodzi do wniosku, że wczesne wstawanie po operacjach brzusznych zapobiega wielu powikłaniom oraz wykazuje zmniejszenie się nawrotów po operacjach przepukliny.

ZDROWIE PUBLICZNE Nr 1/53

Dr B. KOŻUSZNIK — **O podstawowych warunkach walki z chorobami zakaźnymi i zawodowymi.**

Walka z chorobami zakaźnymi w Polsce osiągnęła już poważne sukcesy, jak tego dowodzą statystyki wykazujące spadek zachorowalności i śmiertelności na choroby zakaźne. Podstawowe warunki zapobiegania chorobom zakaźnym to przede wszystkim systematyczny wzrost stopy życiowej ogółu ludności, nowe drogi rozwoju nauk medycznych i epidemiologii, sprawna organizacja walki z chorobami zakaźnymi w praktyce i organizacja pracy naukowo-badawczej, a wreszcie czujność sanitarno-przeciwepidemiczna.

Dr J. SZUSTROWA — **Organizacja walki z gruźlicą na terenie m. Łodzi.**

Akcja walki z gruźlicą opiera się przede wszystkim na pracy w poradni przeciwgruźliczej, gdzie realizuje się i stosuje w praktyce następujące zasady: terenowość działania, zapobieganie, wyszukiwanie wczesnych zmian chorobowych u kontaktów, praca w środowisku chorego i oświata sanitarna. Z prac profilaktycznych na pierwsze miejsce wysuwają się szczepienia ochronne przeciw gruźlicy. W roku 1947 rozpoczęto szczepienia ochronne noworodków, po 2 latach przystąpiono do badań kontrolnych. Do wykrywania wczesnych zmian wielką pomocą są prześwietlenia małoobrazkowe dużych grup ludności. Prześwietlenia te przeprowadza się w grupach najłatwiej podatnych na zakażenie gruźlicze, jak: domy młodego robotnika, nauczycielstwo, przedszkolanki, robotnicy ciężkiego i chemicznego przemysłu itp. Ważna jest również praca w domu chorego, tzw — wywiad domowy. Oświatę sanitarną prowadzi się na wszystkich szczeblach poradni.

Dr M. HEYBOWICZ — **Wiejskie punkty zdrowia.**

Zadaniem wiejskiego punktu zdrowia jest działalność leczniczo-zapobiegawcza, a więc udzielanie pierwszej pomocy chorym w prostych, nie skomplikowanych przypadkach oraz podnoszenie poziomu sanitarnego wsi przez instruktaż, nadzór i kontrolę. O planowym rozmieszczeniu punktów zdrowia decydują okręgowe zarządy PGR-ów w porozumieniu z wydziałami zdrowia PRN. W punkcie zdrowia zatrudniona jest stale pielęgniarka lub felczer, lekarz zaś dojeżdża 2 — 3 razy tygodniowo. Pielęgniarki na punktach zdrowia powinny mieć doświadczenie i pełne kwalifikacje zawodowe.

WIADOMOŚCI LEKARSKIE Nr 4/53

Dr J. GODLEWSKI — **Zagadnienia skuteczności szczepień ochronnych u dzieci.**

Szczepienia ochronne służą do czynnego uodpornienia, które polega na pobudzeniu ustroju do wytwarzania przeciwciał pod wpływem wprowadzonego antygenu. Czas trwania odporności poszczepiennej oraz stopień skuteczności szczepienia wahają się w szerokich granicach i zależą od czynników zarówno wewnętrznego jak i zewnętrznego pochodzenia. Łatwość względnie trudność uodpornienia zależy od odczynowości dziecka, a skuteczność — od siły antygenowej szczepionki. Wprowadzenie do ustroju swoistego antygenu w szczepionce ma za zadanie dostarczenie mu bodźca do swoistego przestrojenia i tworzenia przeciwciał, przy czym należy mieć na uwadze, że proces ten wymaga pewnego czasu, jak również powtórzenia dawki antygenu. Epidemiologiczne znaczenie swoistej immunizacji występuje tylko wtedy, gdy liczba szczepionych jest dostatecznie duża i w tym tkwi cel masowego szczepienia ochronnego.

REDAKCJA: Warszawa, al. Stalina 22, Zw. Zaw. Sł. Zdr. Tel. 8-34-91. Redakcja czynna codziennie: 11 — 13.
Wydawca: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, ul. Chocimska 22.
Prenumerata: kwartalnie zł 6.—, rocznie zł 24.—. Cena pojedynczego zeszytu zł 2.—.
Cena ogłoszeń: 1 str. — 2.150 zł, 1/2 str. — 1.100 zł, 1/4 str. — 600 zł, 1/8 str. — 300 zł, 1 cm² — 5 zł.
Egzemplarze archiwalne (wsteczne) czasopisma otrzymać można w PPK „Ruch", Centralna Ekspedycja — Warszawa, ul. Srebrna 12, po uprzednim wpłaceniu należności na konto PKO I-15207/110 — „Sprzedaż Archiwalna" lub w Księgarni Medycznej Domu Książki w Warszawie, ul. Mokotowska 24.
Zamówienia i wpłaty na prenumeratę przyjmują placówki pocztowe właściwego rejonu doręczeń, na terenie którego zamieszkuje prenumerator - odbiorca lub listonosze.

Druk. LSW. W-wa. Zam. 467c z dn. 8.VI.53 r. Pap. druk. sat. kl. V. 60 g. A1. Nakł. 6.400 + 50 egz. 4-B-16996